

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACION PREQUIRURGICA INVASIVA DE CIRUGÍA
DE EPILEPSIA – FASE 2 B**

Fecha: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años Sexo: Femenino Masculino Prestador: _____

Procedimiento: a coordinar:
 ya realizado: Fecha de monitoreo: __/__/__

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SITUACIÓN CLÍNICA:

Fase pre quirúrgica no invasiva no concluyente para definición de zona epileptógena: No Si

Fecha: __/__/__

Evaluación pre-quirúrgica

Tomografía de cráneo: Si No

Arteriografía encefálica: Si No

Informe de evaluación anestésica: Si No Fecha: __/__/__

Técnica propuesta

Tipo de cirugía: Convencional Estereotáxica

Dispositivos: Grilla Banda subdural Electrodo profundos intracerebrales

Fecha prevista de implante de electrodos: __/__/__

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: