

### **FORMULARIO DE SOLICITUD DE CIRUGÍA DE EPILEPSIA - FASE 3**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino  Masculino      Prestador: \_\_\_\_\_

#### **MEDICO SOLICITANTE:**

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### **SITUACIÓN CLÍNICA:**

Evaluación pré-quirúrgica favorable:  No  Si      Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Estimación de probabilidades de remisión y riesgos funcionales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **CIRUGÍA DE EPILEPSIA:**

Tipo de cirugía propuesta:

- A- Sin monitoreo neurofisiológico intraoperatorio
- B- Con monitoreo neurofisiológico intraoperatorio
- Electrocorticografía
- Mapeo funcional intraoperatorio

Procedimiento propuesto:

- Cirugía temporal
- Cirugía extratemporal

Especificar: \_\_\_\_\_

Dispositivos:  No  Si      Cuál? \_\_\_\_\_

Fecha prevista de cirugía: \_\_/\_\_/\_\_

Informe de evaluación anestésica:  Si  No      Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

#### **CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:**