

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	HISTORIA CLINICA NEUROLOGICA	 CUCAIBA Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Rev. 00	página 2 de 3	

Servicio Provincial de Procuración

EXAMENES CORROBORATIVOS

EEG: FECHA: ____/____/____ HORA: ____:____
INFORME

EEG: FECHA: ____/____/____ HORA: ____:____
INFORME:

POTENCIALES EVOCADOS FECHA: ____/____/____ HORA: ____:____
INFORME
PEAT:
PESS:
PEV:

TEST DE OXIGENACION APNEICA FECHA: ____/____/____ HORA: ____:____
☐ POSITIVA ☐ NEGATIVA ☐ INDETERMINADA CON CO2: ☐ SI ☐ NO
PCO2 INICIAL.....PCO2 FINAL.....DURACION.....
COMPLICACIONES.....

TEST DE OXIGENACION APNEICA FECHA: ____/____/____ HORA: ____:____
☐ POSITIVA ☐ NEGATIVA ☐ INDETERMINADA CON CO2: ☐ SI ☐ NO
PCO2 INICIAL.....PCO2 FINAL.....DURACION.....
COMPLICACIONES.....

OTROS EXAMENES FECHA: ____/____/____ HORA: ____:____

CUMPLE CRITERIOS DE MUERTE ENCEFALICA ☐ SI ☐ NO

En caso de NO cumplirlos detallar motivo y conducta sugerida

Se deja copia en la Historia Clínica de la institución de lo actuado en la evaluación del paciente.

Firma y Sello (Neurólogo)

Firma y Sello (Médico Institución)

Firma y sello (Neurólogo)