

Implante Coclear

La cobertura es del 100% a cargo de OSIM, comprende el implante, previa evaluación y autorización de la Auditoría Médica.

Documentación necesaria para solicitar Implante Coclear

- Formulario de Consentimiento informado (original /ver formulario adjunto)
- Resumen de Historia Clínica tipo 2, completa y en original (ver formulario adjunto)
- Prescripción médica del implante por modelo, con diagnóstico, fecha, firma y sello del profesional (original)
- Registro de calibraciones.
- Estudios audiológicos:
 - Audiometría tonal a campo libre sin audífonos.
 - Audiometría con audífonos, oído por separado.
 - BERA (potenciales evocados de tronco cerebral)
 - Entrenamiento de lectura labial en los casos que la requieran.
 - Estimulación eléctrica del promontorio.
 - Examen vestibular.
 - Impedanciometría.
 - Logoaudiometría en adultos y evaluación de bisílabas y frases.
 - Oto-emisiones acústicas.
 - Timpanometría y reflejos estapediales.
 - Test de percepción de los sonidos del habla (oídos por separado, con y sin audífonos)
- Selección de otoamplifonos.
- Evaluación Psicológica.
- Examen otológico.
- Estudios por imágenes (Tomografía Axial Computada y eventualmente Resonancia Magnética Nuclear)
- Exámenes clínicos pre-quirúrgicos.
- Estudios Neurolingüísticos.
- Estudios psicopedagógicos que incluyan profesionales en contacto con el paciente, docentes y rehabilitadores a los fines de evaluar el pronóstico y expectativas con devolución familiar.

Se adjuntan:

Formulario Consentimiento Informado
Resumen de Historia Clínica tipo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: de de

Yo, con DNI N°, he sido informado de la necesidad de ser sometido a por padecer (explicar en qué consiste el procedimiento propuesto y cómo se lleva a cabo)

Asimismo, me han sido explicado los beneficios razonables del tratamiento propuesto, los cuales consistirían en:

Del mismo modo, se me han explicado todas las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el tratamiento propuesto, que podrían consistir en: como así también, que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Finalmente, se me han informado las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que pueden producirse, así como de las posibles alternativas terapéuticas a seguir, que podrían consistir en:

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/ medicamento..... o para la realización del procedimiento / práctica denominada:

Firma del paciente: Aclaración de firma:

En caso de incapacidad del paciente:

Firma representante legal / tutor:

Aclaración de firma: N° de DNI

Carácter:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento / tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar todas las preguntas formuladas por el paciente, por lo que entiendo que el / la Sr. / Sra. ha comprendido la totalidad de lo explicado.

Firma y sello del médico

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 2 (Prótesis - Cirugía - Ortopedia)

Lugar y Fecha:

Nº de Documento:

Nombre y Apellido:

Antecedentes de enfermedad actual y diagnóstico:

.....
.....
.....

Cómo y cuándo se produjo la lesión:

.....
.....
.....

Estudios complementarios:

.....
.....
.....

Tratamientos anteriores:

.....
.....
.....
.....

Tecnología y/o práctica solicitada:

.....
.....
.....

Altura: Peso: Superficie corporal:

Estado actual del paciente:

.....
.....
.....

.....
Firma y Sello del Médico