

*SCHEDA RACCOLTA DATI PER PAZIENTI SOTTOPOSTI A NEUROSTIMOLAZIONE VAGALE (VNS)*

A cura del Team multidisciplinare

1. CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE

Iniziali Paziente	Età	Sesso		Data prima diagnosi
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	

2. VALUTAZIONE BASALE

<p><b>Criteria di inclusione</b></p> <p><input type="checkbox"/> Età <math>\geq 12</math> anni</p> <p>Tipo di epilessia:</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente con crisi parziali con o senza secondaria generalizzazione</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente con crisi generalizzate farmacoresistenti</p> <p><input type="checkbox"/> Pazienti epilettici farmacoresistenti su cui non si esegue chirurgia resettiva, specificare se a causa di:</p> <p><input type="checkbox"/> non eleggibilità (presenza di foci multipli)</p> <p><input type="checkbox"/> rifiuto da parte del paziente</p> <p><input type="checkbox"/> risposta inadeguata</p>	<p><b>Criteria di esclusione</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bradicardia con frequenza inferiore a 40 bpm</p> <p><input type="checkbox"/> Blocco atrio-ventricolare</p> <p><input type="checkbox"/> Sindrome delle apnee notturne</p> <p><input type="checkbox"/> Malattia polmonare ostruttiva cronica</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza di gravi malattie neurologiche e sistemiche per cui sia controindicata un'anestesia generale</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terapia farmacologica precedente all'impianto di neurostimolatore vagale

	Farmaco 1°	Farmaco 2°	Farmaco 3°
Nome commerciale e principio attivo			
Dosaggio, frequenza, durata della terapia			

Insuccesso al farmaco 3° in monoterapia o biterapia  SI  NO

Se sì, sospesi per  Inefficacia  Eventi avversi

N° crisi al basale:

**3. DATI PROCEDURA DI NEUROSTIMOLAZIONE VAGALE**

Data di impianto:

Durata del ricovero (gg):

Nome commerciale e modello di neurostimolatore impiantato:

Id Repertorio/Banca dati: \_\_\_\_\_

Ditta fornitrice: \_\_\_\_\_

Complicanze acute post-operatorie:

- |                                                                     |                                    |                                    |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gonfiore e/o dolore nel sito dell'impianto | <input type="checkbox"/> Infezioni | <input type="checkbox"/> Raucedine |
| <input type="checkbox"/> Tosse                                      | <input type="checkbox"/> Dispnea   | <input type="checkbox"/> Nausea    |

Altro: \_\_\_\_\_

**4. FOLLOW-UP**

- |       |                                                         |                                                         |                                                         |
|-------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|       | A 3 MESI                                                | A 6 MESI                                                | AD UN ANNO                                              |
| ECG   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Altro | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

N° crisi

Complicanze	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Espianto del dispositivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se si motivazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se si motivazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se si motivazione:

**MODIFICA DELLA TERAPIA ANTIEPILETTICA**

Indicare la nuova terapia prescritta

	Farmaco 1°	Farmaco 2°	Farmaco 3°
Nome commerciale e principio attivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosaggio, frequenza, durata della terapia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data	Nome del componente del Team	Struttura/Azienda	Unità Operativa	Firma
------	------------------------------	-------------------	-----------------	-------

---



---



---