

## Necesidades específicas de los dispositivos

Si ha recibido algún tratamiento quirúrgico, llene este formulario y asegúrese de guardar con esta guía cualquier información específica sobre el dispositivo.

### Tengo un dispositivo de ECP.

#### Detalles de la cirugía y el dispositivo

Centro de neurocirugía:

Teléfono del centro:

Neurocirujano:

Fecha de la cirugía:

Nombre del producto (modelo del IPG o generador de pulso):

Nombre del fabricante:

Teléfono del fabricante:

Lugar de implantación:  Hemisferio derecho  Hemisferio izquierdo

Tipo de batería:  Recargable  No recargable

Ubicación de la batería:  Pecho derecho  Pecho izquierdo  Otro

### Uso suspensión enteral de carbidopa/levodopa (Duopa).

#### Detalles del dispositivo

Nombre del fabricante: Abbvie

Teléfono del fabricante: 1-844-386-4968

#### Dosificación diaria

Dosis matutina: Hora:

Dosis continua: Hora:

Dosis extra: Hora:

 Para imprimir copias adicionales de las Necesidades específicas del dispositivo o para llenar el formulario en línea, visite [Parkinson.org/SeguridadHospitalaria](http://Parkinson.org/SeguridadHospitalaria).