

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO A MÓDULO DE TRASPLANTE CARDÍACO

FECHA : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____ Edad: ___ años ___ meses ___ días

Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

Procedimiento: a coordinar: Fecha de coordinación: ___/___/___

ya realizado: Fecha de realización: ___/___/___

Motivo por el cual se realizó antes de solicitar autorización: _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.

El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar de acuerdo a la edad del paciente)

Considerar sólo los hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

1 - CARDIOVASCULARES

Si No

- Cardiopatía isquémica
- Cardiopatía valvular
- Infarto de miocardio
- Insuficiencia cardíaca Clase funcional NYHA: 1 2 3 4
- Muerte súbita
- Arritmias: TV FV FA BAV congénito Otras
- Síncope
- Embolia
- Fiebre reumática
- Aneurisma aórtico disecante
- Cardiopatía congénita Tipo _____
- Otros _____

2 - INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES PREVIAS

Si No

- Cateterismo cardíaco: Diagnóstico Intervencionista
- Angioplastia: Aórtica con stent Pulmonar con stent Otra
- Valvuloplastia: Aórtica Pulmonar Otra
- Angioplastia coronaria
- Cirugía cardíaca: By-pass coronario Valvular Otra
- Atrioseptostomía
- Cierre de PDA
- Cierre de CIA
- Cierre de CIV
- Cierre de vasos anormales o comunicaciones vasculares persistentes.
- Trasplante cardíaco
- Marcapaso: Epimiocárdico Intracavitario
- Cardiodesfibrilador
- Otro procedimiento Fecha del procedimiento más reciente: ___/___/___

3 - ANTECEDENTES GENERALES

Si No

- EPOC Insuficiencia renal Neoplasia _____
- Diálisis Trastorno de la crisis

Edad gestacional _____ semanas

- Diagnóstico fetal de cardiopatía congénita Cual _____
- Diagnóstico de cardiopatía cong. al nacimiento Cual _____
- Discordancia entre diagnóstico de cardiopatía congénita fetal y perinatal
- Procedimientos quirúrgicos no cardiovasculares Anomalías asociadas
- Anomalías cromosómicas Otros _____

4 - FACTORES DE RIESGO VASCULAR

Si No

- Hipertensión arterial Tabaquismo AF coronarios y/o muerte súbita < 55 años
- Diabetes-> Tipo 1 Tipo 2 Dislipemia Obesidad

5 – DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL

(Según escala de Karnofsky)

- Actividad irrestricta Actividad muy limitada
- Actividad normal con limitaciones Incapacidad de cuidarse

6 – ANTECEDENTES FAMILIARES:

SI NO

- Muerte súbita Síndrome de Brugada Cardiopatía isquémica
- Síndrome QT largo Miocardiopatía Otros

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Llenar sólo lo referente al último mes

- Insuficiencia cardíaca congestiva Clase funcional NYHA: 1 2 3 4
 Inestabilidad hemodinámica
 Inotrópicos i/v

- Dolor anginoso estable
 Dolor anginoso inestable:

IAM Fecha ___/___/___

- Arritmia

Fibrilación/flutter auricular

Flutter/taquicardia ventricular → CDAI

Bradicardia

Bloqueo cardíaco → marcapaso

Muerte súbita

Fibrilación ventricular

Palpitaciones

PCR

Otras _____

- Shock cardiogénico

- BIAC

- Taponamiento cardíaco

- Síncope

- Mareos

- Lipotimia

- Disfunción cerebral

- Fatigabilidad

- Dolor torácico

- Ausencia de pulsos

- Soplos

- Cardiomegalia

- Embolia

- Hipertensión pulmonar

- Endocarditis infecciosa → Antibióticos- terapia prolongada

PEDIÁTRICO

Peso _____ kg

Altura _____ cm

- Sintomático

- Asintomático

Hipertensión arterial pulmonar: < P.sistémica

= P. sistémica

> P. sistémica

Hipertensión arterial sistémica

Saturación de oxígeno _____ %

PO₂ _____ mmHg

- Crisis de cianosis

- Muerte súbita

SITUACIONES ASOCIADAS

- AVE

- Hipotiroidismo

- Trastorno hidroelectrolítico

- Síndrome de apnea del sueño

- Otra _____

Resumen clínico: _____

ESTUDIOS REALIZADOS

PARACLÍNICA La información volcada en esta parte del formulario debe venir acompañada del informe del estudio realizado.

ECG

Fecha ___/___/___

- Normal
- Isquemia probable
- Isquemia definida
- IAM
- Cicatriz de infarto
- Arritmia _____
- Trast. de conducción _____
- QT largo
- Brugada
- HVI
- TV no sostenida
- Otros

HOLTER:

NO

Fecha ___/___/___

- Normal
- Anormal
 - TV no sostenida
 - Trastornos de conducción AV
 - Otros

ESTUDIO

ELECTROFISIOLÓGICO:

NO

Fecha ___/___/___

- Normal
- Anormal
 - Induce TV sostenida
 - Induce TV no sostenida
 - Induce FV
 - Intervalo HV prolongado _____ms
 - Disfunción sinusal
 - Otros

EXÁMENES RECIENTES

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Hemograma		
Glicemia		
Orina		
Creatininemia		
Azoemia		
Crisis		
Funcional hepático		
Perfil lipídico		
Proteinograma		
Enzimograma cardíaco		

DIGOXINEMIA SI NO

Fecha: ___/___/___

Digoxinemia _____

ECOCARDIOGRAMA

NO

Fecha ___/___/___

- Normal
- Función sistólica normal
- Función sistólica disminuida
 - leve moderada severa
 - FEVI _____%
- Alteraciones segmentarias
- Hipertrofia de VI > de 15 mm
- Dilatación del VI
 - Dilatación final del VI _____mm
 - Sístole final del VI _____mm
- Estenosis aórtica
 - moderada severa
- Insuficiencia aórtica
 - moderada severa
- Estenosis mitral
 - moderada severa
- Insuficiencia mitral
 - moderada severa
- Insuficiencia tricuspídea
 - moderada severa
- Estenosis pulmonar
 - moderada severa
- Otra valvulopatía _____
- Otras alteraciones _____

Presión sistólica pulmonar _____ mmHg

CATETERISMO CARDÍACO IZQUIERDO NO

FEVI _____ % Fecha ___/___/___

- Coronarias normales
- Lesiones coronarias signif. No revascularizables

MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el médico tratante por un período mayor a un mes

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> B BLOQUEANTES | <input type="checkbox"/> TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> ANTIHIPERTENSIVOS-VASODILATADORES | <input type="checkbox"/> Hormonas tiroideas |
| <input type="checkbox"/> IECA | <input type="checkbox"/> Antitiroideos |
| <input type="checkbox"/> Calcioantagonistas | <input type="checkbox"/> ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS |
| <input type="checkbox"/> ANTIANGINOSOS | <input type="checkbox"/> AAS |
| <input type="checkbox"/> Nitratos | <input type="checkbox"/> INHIBIDORES GP lib / IIIa |
| <input type="checkbox"/> ANTIARRITMICOS | <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTES ORALES |
| <input type="checkbox"/> CARDIOTÓNICOS | <input type="checkbox"/> HEPARINA |
| <input type="checkbox"/> Digoxina | <input type="checkbox"/> HIPOLIPEMIANTE |
| <input type="checkbox"/> DIURÉTICOS | <input type="checkbox"/> ANTIDIABÉTICOS ORALES |
| <input type="checkbox"/> ANTIFIBRINOLÍTICOS | <input type="checkbox"/> INSULINA |
| | <input type="checkbox"/> ANTIINFLAMATORIOS SISTÉMICOS |
| | <input type="checkbox"/> AINE |

RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

- Buena Regular Mala

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO

- VENTRÍCULO :**
- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Auinesia | <input type="checkbox"/> Hipoquinesia | <input type="checkbox"/> Miocardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Seudoaneurisma | <input type="checkbox"/> CHOI | <input type="checkbox"/> Disquinesia | <input type="checkbox"/> Otro |
- ENFERMEDAD CORONARIA:** N° de vasos afectados: uno dos tres
- VALVULOPATÍA**
- CARDIOPATÍA CONGÉNITA**
- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> C.I.A | <input type="checkbox"/> Atresia mitral | <input type="checkbox"/> Coartación de aorta | <input type="checkbox"/> Enf. de Marfan | <input type="checkbox"/> Doble salida de VD |
| <input type="checkbox"/> C.I.V. | <input type="checkbox"/> Atresia aórtica | <input type="checkbox"/> Tetralogía de Fallot | <input type="checkbox"/> Fístula vascular cong. | <input type="checkbox"/> Estenosis suprav.Ao. |
| <input type="checkbox"/> Ductus permeab. | <input type="checkbox"/> Atresia tricuspídea | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Ebstein | <input type="checkbox"/> Origen anómalo de C.I. | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
- PERICARDIO:** Pericarditis constrictiva Otros
- AORTA:** Aneurisma Diametro _____cm. Ao.ascendente Ao.descendente
- | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Disección -> | <input type="checkbox"/> aguda | <input type="checkbox"/> crónica | <input type="checkbox"/> Arco aórtico | <input type="checkbox"/> Ao. abdominal |
| <input type="checkbox"/> Ruptura | <input type="checkbox"/> Ao.descendente - complicada | | | |
- TUMOR:** Mixoma Quiste Hidático Tumor maligno Otros tumores
- COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR RECIENTE**

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Ingreso a módulo pre-Trasplante cardíaco

Observaciones: _____
