

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE CARDIODESFIBRILADOR

IMPLANTE

PROCEDIMIENTOS POSTERIORES

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

Fecha de autorización del F N R: ____/____/____

Fecha de realización: ____/____/____

Oportunidad:

coordinación

urgencia

Médico implantador : Nº de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO

Fecha de alta del IMAE: ____/____/____

Pasa a:

Domicilio

Institución de origen

CTI

FALLECIDO

Fecha de fallecimiento: ____/____/____

Lugar:

Block

UCI

Otro

PROCEDIMIENTO REALIZADO

- Implante de sistema transvenoso
- Implante de sistema epimicárdicos
- Recambio de generador
- Recambio de generador en garantía
- Recambio de sistema
- Recambio de sistema en garantía
- Recambio de sistema previa extracción con dispositivos
- Reimplante de generador
- Reimplante de generador previa extracción con dispositivos
- Explante de generador
- Explante de sistema
- Explante de sistema con extracción con dispositivos
- Recambio de electrodos
- Colocación de electrodo epimicárdico
- Cambio de posición de generador
- Cambio de posición de generador y recambio de electrodos
- Cambio de posición de electrodos
- Otros

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Vía de abordaje: Vena cefálica
 Vena subclavia
 Otra

INTRODUCTOR: SI NO

CARDIODESFIBRILADOR: NO SI Modo de estimulación: Unicameral
 Bicameral

ELECTRODOS: NO SI Cantidad de electrodos _____

DISPOSITIVOS UTILIZADOS

NO SI

CARDIODESFIBRILADOR: NO SI

INTRODUCTORES: NO SI

Dispositivos _____

Dispositivos _____

ELECTRODOS NO SI

Dispositivos _____

COMPLICACIONES :

NO SI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Migración del electrodo |
| <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Neumotórax |
| <input type="checkbox"/> Hemotórax | <input type="checkbox"/> Enfisema subcutáneo |
| <input type="checkbox"/> Taponamiento cardíaco | <input type="checkbox"/> Embolia gaseosa |
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> Fractura de electrodo |
| <input type="checkbox"/> Estimulación diafragmática/costal | <input type="checkbox"/> Trombosis |
| <input type="checkbox"/> Estimulación pectoral | <input type="checkbox"/> Otras |