

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE MARCAPASOS

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 endocavitario
- Implante de sistema epimiocárdico
- Recambio de marcapaso
- Recambio de marcapaso en garantía
- Recambio de sistema
- Recambio de sistema en garantía
- Recambio de sistema y extracción con vaina
- Reimplante de marcapasos
- Reimplante de marcapasos y extracción con vaina
- Explante de marcapasos
- Explante de sistema
- Recambio de electrodo
- Cambio de posición de marcapaso
- Arreglo de marcapaso
- Arreglo de bolsillo
- Colocación de bolsa aislante
- Recolocación de electrodo
- Colocación de electrodo epimiocárdico
- Otros

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Vía de abordaje: Vena cefálica
 Vena subclavia
 Otra

Antibiótico profiláctico: NO SI Cual: Cefradina Cefazolina
 Cefuroxime Vancomicina Otro

INTRODUCTORES: NO SI Cantidad de introductores _____

MARCAPASOS: NO SI Modo de estimulación: AAI AAI-R DDD DDD-R
 VVI VVI-R VDD VDD-R
 OTRO

Umbral agudos: V mA mS
 Ventricular _____
 Atrial _____

Parámetros establecidos para ese modelo marcapasos por el fabricante:

BOL _____ ERI _____ EOL _____

ELECTRODOS: NO SI Cantidad de electrodos _____

DISPOSITIVOS UTILIZADOS

NO SI

MARCAPASOS NO SI

INTRODUCTORES: NO SI

Dispositivos _____

Dispositivos _____

ELECTRODOS NO SI

Dispositivos _____

Dispositivos _____

COMPLICACIONES : NO SI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Embolia gaseosa |
| <input type="checkbox"/> Hematoma | <input type="checkbox"/> Fractura de aislador |
| <input type="checkbox"/> Hemotórax | <input type="checkbox"/> Fractura de electrodo |
| <input type="checkbox"/> Taponamiento cardíaco | <input type="checkbox"/> Pérdida de sentido |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de salida | <input type="checkbox"/> Piel ulceración/alteración |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de entrada | <input type="checkbox"/> Infección local |
| <input type="checkbox"/> Estimulación diafragmática/costal | <input type="checkbox"/> Sepsis |
| <input type="checkbox"/> Estimulación pectoral | <input type="checkbox"/> Granuloma |
| <input type="checkbox"/> Migración del electrodo | <input type="checkbox"/> Trombosis |
| <input type="checkbox"/> Neumotórax | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Enfisema subcutáneo | |