

## Formulario de solicitud de CATETERISMO CARDÍACO DERECHO Adultos – TVRP -- 18 años en adelante

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      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 CP \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE INDICACION DE CATETERISMO CARDIACO DERECHO

- Hipertensión Pulmonar      Clasificación clínica (OMS) grupo: 1 2 3 4 5      Especificar \_\_\_\_\_
- Cardiopatía congénita (sin HP)      Especificar \_\_\_\_\_
- Evaluación a respuesta terapéutica de tratamiento avanzado de HP      Fecha inicio tratamiento \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES

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

#### 1 - CARDIOVASCULARES Si   No

- Cardiopatía congénita  No    Si  
Con shunt sist-pulm:  No    Si Tipo \_\_\_\_\_
- Cardiopatía isquémica  
 Cardiopatía valvular  
 Insuficiencia cardíaca  
Clase funcional NYHA:  1    2    3    4
- Síncope  
 TEP  
 Fiebre reumática

#### 2- FACTORES DE RIESGO O CONDICIONES RELACIONADAS A HP

- Conectivopatías  
 Exposición a fármacos y toxinas relacionados a HAP  
 Infección por VIH  
 Hipertensión portal/cirrosis hepática  
 Enfermedad tiroidea  
 Enfermedad hematológica Tipo \_\_\_\_\_
- EPOC  
 Intersticiopatía  
 SAOS  
 Neumonectomía  
 Hipoxia crónica  
 Otros \_\_\_\_\_

#### 3 - FACTORES DE RIESGO VASCULAR Si   No

#### 4 - INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES PREVIAS Si   No

- By-pass coronario       Hemodinamia pulmonar CD  
 CACG y Est Hemodinámico  
 Cirugía valvular       Trasplante cardíaco  
 Cirugía de aorta       Marcapaso  
 Otras cirugías       Cardiodesfibrilador  
 Angioplastia coronaria       Valvuloplastia c/balón  
 Otra cardíaca \_\_\_\_\_  
 Cirugía vascular

Fecha del procedimiento más reciente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 5 - ANTECEDENTES GENERALES Si   No

- Insuficiencia renal       Diálisis  
 Trastorno de la crisis       Neoplasia \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

#### 6 – DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL (Según escala de Karnofsky)

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

#### 7 – ANTECEDENTES FAMILIARES: SI   NO

- HAP       Otros \_\_\_\_\_

**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.**

**SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL**

Llenar sólo lo referente al último mes

- Asintomático
- Disnea
- Capacidad funcional (OMS)  I  II  III  IV
- Síncope
- Fatigabilidad
- Dolor torácico
- Angina
- Disfonía
- Soplos
- 2R pulmonar aumentado

- 4R/3R derecho
- Cardiomegalia
- Edema periférico
- Ascitis
- Hepatomegalia/hepatalgia
- Ingurgitación Yugular/RHY
- Cianosis
- Otros \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS REALIZADOS**

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

**ECG**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Normal
- Isquemia probable
- Cicatriz de infarto
- Arritmia \_\_\_\_\_
- Otros
- HVD/Sobrecarga VD
- Isquemia definida

**ECOCARDIOGRAMA Doppler**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Normal
- Dilatación cavidades derechas
- HVD
- Desplazamiento del septum IV
- Colapso inspiratorio de la VCI
- Función Sistólica VD normal
- Función Sistólica VD disminuida
  - leve  moderada  severa Índice de Tei \_\_, \_\_ \_\_
- Dilatación de cavidades izquierdas
- Dilatación del VI
- Función sistólica VI normal
- Función sistólica VI disminuida
  - leve  moderada  severa FEVI \_\_\_\_\_%
- Disfunción diastólica del VI
- Alteraciones segmentarias
- Hipertrofia de VI > de 15 mm
- Cortocircuitos cardíacos
- Estenosis aórtica  Lev.  Mod.  Sev.
- Insuficiencia aórtica  Lev.  Mod.  Sev.
- Estenosis mitral  Lev.  Mod.  Sev.
- Insuficiencia mitral  Lev.  Mod.  Sev.
- Insuficiencia tricuspídea  Lev.  Mod.  Sev.
- Estenosis pulmonar  Lev.  Mod.  Sev.
- Insuficiencia Pulmonar  Lev.  Mod.  Sev.
- Otra valvulopatía \_\_\_\_\_
- Derrame pericárdico
- Otras alteraciones \_\_\_\_\_

Presión sistólica pulmonar \_\_\_ mmHg

Presión diastólica pulmonar \_\_\_ mmHg

Area de aurícula derecha \_\_\_ cm<sup>2</sup>

TAPSE \_\_\_ mm

Diámetro de la VCI: \_\_, \_\_ cm

**RX TÓRAX**

- Normal
- Dilatación VD
- Dilatación AD
- Dilatación de arteria pulmonar central
- Atenuación vasculatura periférica
- Otros \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS FUNCIONALES**

- No realizados
- Evaluación Funcional Respiratoria
- Polisomnografía
- Prueba de la marcha de 6 minutos

Distancia recorrida \_\_\_ m

	Basal	Final
PA (mmHg)	_____	_____
FC (c/m)	_____	_____
Sat.O <sub>2</sub> (%)	_____	_____
Disnea (E. de Borg)	_____	_____

**OTROS**

- Centellograma Pulmonar
- Angio RMN
- Arteriografía pulmonar
- ANA
- ANCA
- Serología VIH
- Perfil tiroideo
- Ecocardiograma transesofágico
- AngioTAC
- TAC de Tórax
- Ecografía Abdominal
- FR
- Otros Crib. autoimmun. \_\_\_\_\_
- Serología virus hepatotropos
- Func. y Enzimograma hepático

**EXÁMENES VALORACIÓN GENERAL**

- Hemograma
- Orina
- Ionograma
- Glicemia
- Creatininemia
- Crisis

**CAT. CARDÍACO DER PREVIO**

NO  SI  
Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TVRP previo**

Positivo  Negativo

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.

---

### 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"/> Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Diuréticos                | <input type="checkbox"/> Anticoagulantess orales        |
| <input type="checkbox"/> Digoxina       | <input type="checkbox"/> Calcioantagonistas        | <input type="checkbox"/> Inhibidores de fosfodiesterasa |
| <input type="checkbox"/> Prostanoides   | <input type="checkbox"/> Inhibidores de endotelina | <input type="checkbox"/> Nitratos                       |
| <input type="checkbox"/> AAS            | <input type="checkbox"/> B Bloqueantes             | <input type="checkbox"/> IECA            6              |
| <input type="checkbox"/> Otros _____    |  |   |

**RESPUESTA AL TRATAMIENTO:**             Buena             Regular             Mala

---

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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.