

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MARCAPASOS

IMPLANTE

PROCEDIMIENTOS POSTERIORES

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: _____

INDICACIÓN DE LA TASK FORCE

CLASE: I II a II b

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

Considerar sólo 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

- By-pass coronario Hemodinamia
- Cirugía valvular Transplante cardíaco
- Cirugía de aorta Marcapaso
- Otras cirugías Cardiodesfibrilador
- Angioplastia coronaria Valvuloplastia c/balon
- Otra cardíaca _____

Cirugía vascular

- MMII Aneurisma Ao.abdominal
- Carótida Otra

Fecha del procedimiento más reciente: ___/___/___

3 - ANTECEDENTES GENERALES Si No

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

4 - FACTORES DE RIESGO VASCULAR Si No

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

5 - DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL (Según escala de Karnofsky)

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

6 - ANTECEDENTES FAMILIARES: SI NO

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

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Lenar sólo lo referente al último mes

- Asintomático Ocupación laboral de alto riesgo para la comunidad
- Preoperatorio de alto riesgo
- Dolor anginoso estable
Clase funcional Canadiense: 1 2 3 4
- Dolor anginoso inestable
 - Refractario
 - Post-infarto
 - De reposo
 - Progresivo
 - De reciente comienzo
 - Requirió nitritos i/v
- IAM Fecha ___/___/___ Hora de inicio: _____
 - < 6 hs 6-24 hs 1-7 días 8-30 días
 - Transmural
 - Subendocárdico
 - Clase Killip y K : 1 2 3 4
 - Recibió tratamiento con fibrinolíticos
Criterios de reperfusión: Si No dudosos
 - Contraindicados trombolíticos
 - Isquemia persistente
- Angioplastia
 - primaria de rescate
 - < 6 hs 6-48 hs +48 hs
- Arritmia
 - Fibrilación/flutter auricular
 - Flutter/taquicardia ventricular
 - Bradicardia
 - Bloqueo cardíaco → marcapaso
 - Muerte súbita
 - Fibrilación ventricular
 - Palpitaciones
 - PCR
 - Otras _____
- Inestabilidad hemodinámica
- Inotrópicos i/v
- Sock cardiogénico
- BIAC
- Taponamiento cardíaco
- Insuficiencia cardíaca congestiva
Clase funcional NYHA: 1 2 3 4
- Síncope
- Mareos
- Lipotimia
- Disfunción cerebral
- Fatigabilidad
- Dolor torácico
- Ausencia de pulsos
- Soplos
- Cardiomegalia
- Embolia
- Hipertensión pulmonar
- Endocarditis infecciosa → Antibióticos- terapia prolongada

SITUACIONES ASOCIADAS

- AVE
- Hipotiroidismo
- Trastorno hidroelectrolítico
- Síndrome de apnea del sueño
- Otra _____

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS 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

ECG CON PROMEDIACIÓN DE SEÑALES NO
Fecha ___/___/___

- Normal
- Anormal
- Post potenciales

ECOCARDIOGRAMA NO
Fecha ___/___/___

- Normal
- No realizado
- Función sistólica normal
- Función sistólica disminuida
 - leve
 - moderada
 - severa
- 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
 - severa
- Estenosis pulmonar
 - moderada
 - severa
- Otra valvulopatía _____
- Otras alteraciones _____
- Presión sistólica pulmonar _____ mmHg

EXÁMENES RECIENTES

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Hemograma		
Glicemia		
Orina		
Creatininemia		
VIH		
Crisis		

HOLTER: NO

- Fecha ___/___/___
- Normal
 - Anormal
 - TV no sostenida
 - Trastornos de conducción AV
 - Otros

ESTUDIOS FUNCIONALES Fecha ___/___/___

- Cual? _____
- No realizados
 - Negativos
 - Positivos
 - Dudosos
 - Isquemia severa
 - Alto riesgo

CATETERISMO CARDÍACO NO
Fecha ___/___/___

- FEVI _____ %
P.arterial pulmonar sistólica _____ mmHg
- Puente venoso o mamario no visualizado
 - Lesiones coronarias
 - Reestenosis de PTCA

LESIÓN SIGNIFICATIVA DE ARTERIAS Y PUENTES	%	Reestenosis De PTCA
Descendente anterior proximal		
Descendente anterior no proximal		
Circunfleja		
Coronaria derecha		
Diagonal		
Marginal		
Descendente posterior		
Tronco coronaria izquierda		
Otra arteria		
Puente mamario-DA		
Puente mamario		
Puente venoso		
Puente venoso		
Puente venoso		

EXÁMENES PAA PATOLOGÍA AÓRTICA NO

- Fecha ___/___/___
- ECO
 - TAC
 - RMN
 - Cateterismo
 - Aneurisma de aorta torácica
 - Disección de aorta

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO: NO

- Fecha ___/___/___
- Normal
 - Anormal
 - Induce TV sostenida
 - Induce TV no sostenida
 - Induce FV
 - Intervalo HV prolongado _____ ms
 - Disfunción sinusal

DIGOXINEMIA SI NO Fecha: ___/___/___

Digoxinemia _____

DOSIFICACIÓN DE HORMONAS TIROIDEAS: SI NO

Fecha ___/___/___
T3 _____ T4 _____ TSH _____

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 | <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"/> HIPOLIPEMIANTES |
| <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

DIAGNÓSTICO

- RITMO SINUSAL Ritmo sinusal normal
 RSN + Est. electrofisiológico anormal
- BLOQUEO AV Bloqueo de 1er grado
 Bloqueo de 2do grado
 BAVC
- BLOQUEOS DE RAMA Todas las combinaciones
- DISFUNCION DEL NODULO SINUSAL Bradicardia
 Síndrome Bradicardia - Taquicardia
 Fibrilación auricular crónica + bradicardia
- RITMOS VENTRICULARES Fibrilación ventricular paroxística
 Torsade de pointes/Síndrome de QT prolongado
- CARDIOMIOPATIAS Hipertrófica
 Congestiva
- SINCOPE DEL SENO CAROTIDEO
- SINCOPE NEUROCARDIOGENICO
- BAV POST ABLACION
- OTRO

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Implante de marcapaso

Decisión del médico implantador:

Implantar marcapaso: SI NO

- Recambio de marcapaso
 Recambio de marcapaso en garantía
 Recambio de sistema + extracción con vaina
 Exploración
 Otro Cual _____

- Explante de marcapasos
 Explante de sistema
 Explante de sistema + extracción con vaina
 Reimplante de marcapasos

INDICACIÓN

- Agotamiento
 Falla de generador
 Disfunción
 Trastorno de captura
 Trastorno de censado
 Pre-escara
 Infección
 Estimulación pectoral
- Otra complicación
Cual _____
 Necesidad de nuevo tipo
 Síndrome de marcapaso
 Insuf. cardíaca Clase func. ____
 Trastornos de conducción AV
 FA
 Otras causas _____
- =====

FECHA DEL IMPLANTE: ___/___/___

Modo de estimulación del marcapaso
que tiene implantado:

Parámetros establecidos para ese
modelo por el fabricante:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> AAI | <input type="checkbox"/> VVI-R | <input type="checkbox"/> VDD | BOL _____ |
| <input type="checkbox"/> AAI-R | <input type="checkbox"/> DDD | <input type="checkbox"/> VDD-R | ERI _____ |
| <input type="checkbox"/> VVI | <input type="checkbox"/> DDD-R | <input type="checkbox"/> OTRO | EOL _____ |

Nº de controles realizados desde el implante: _____

Se realizó test de umbrales durante el seguimiento: SI NO

Se reprogramó el marcapaso en alguna oportunidad? SI NO

Parámetros del último control del marcapaso:

Frecuencia de estimulación: _____

Duración del pulso _____

Frecuencia magnética _____

E.O.L.. _____

MARCAPASO SOLICITADO:

Modo de estimulación:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> AAI | <input type="checkbox"/> VVI-R | <input type="checkbox"/> VDD | <input type="checkbox"/> RESINCRONIZADOR |
| <input type="checkbox"/> AAI-R | <input type="checkbox"/> DDD | <input type="checkbox"/> VDD-R | |
| <input type="checkbox"/> VVI | <input type="checkbox"/> DDD-R | <input type="checkbox"/> OTRO | MARCA: _____ |

MÉDICO IMPLANTADOR:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____