FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE IMPLANTE DE MARCAPASOS

Nombre del paciente _____ C.I._____

Edad: _____ años _____meses Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino IMAE _____

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 ☐ Sala de hemodinamia ☐ Otro

PROCEDIMIENTO REALIZADO

☐ Implante endocavitario ☐ Implante epimiocárdico

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Vía de abordaje: ☐ Vena cefálica ☐ Vena subclavia ☐ Epimiocardica ☐ Otra

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

Se utilizó GENERADOR? ☐ NO ☐ SI

Tipo de marcapaso : ☐ AAI ☐ AAI-R ☐ DDD ☐ DDD-R ☐ VVI ☐ VVI-R ☐ VDD ☐ VDD-R ☐ Resincronizador

Se utilizó ELECTRODO? ☐ NO ☐ SI Cantidad de electrodos _____

Umbrales

	Ancho de pulso (ms)	Voltaje	Impedancia	Onda P/Onda R
Auricular	___ , ___	___ , ___	___ ___ ___ ___	___ ___ , __
Ventrículo derecho	___ , ___	___ , ___	___ ___ ___ ___	___ ___ , __
Ventrículo izquierdo	___ , ___	___ , ___	___ ___ ___ ___	___ ___ , __

Se utilizó INTRODUCTOR? ☐ No ☐ SI Cantidad de introductores _____

Programación:	Ancho de pulso (ms)	Voltaje (v)	Sensibilidad
Auricular	___ , ___	___ , ___	___ , ___
Ventrículo derecho	___ , ___	___ , ___	___ , ___
Ventrículo izquierdo	___ , ___	___ , ___	___ , ___

COMPLICACIONES : ☐ NO ☐ SI

☐ Hemorragia
☐ Hematoma de bolsillo
☐ Hemotórax
☐ Taponamiento cardíaco
☐ Bloqueo de salida
☐ Bloqueo de entrada
☐ Estimulación diafragmática/costal
☐ PCR
☐ Neumotórax
☐ Enfisema subcutáneo
☐ Perdida de Sensado
☐ Alteración del aislante
☐ Fractura del electrodo
☐ Migración del electrodo
☐ Rotura vascular
☐ Rotura cardíaca
☐ Estimulación pectoral
☐ Infección de bolsillo
☐ Otras

Algunas de estas complicaciones requieren procedimientos de urgencia? ☐ NO ☐ SI

Cuál? ☐ Cirugía cardíaca ☐ Cirugía vascular ☐ Otro procedimiento

DISPOSITIVOS UTILIZADOS ☐ NO ☐ SI

MARCAPASOS

Marca y Modelo	Reesterilizado	N° de serie
Sticker	Si NO	_____

ELECTRODOS

Marca y Modelo		
Sticker		

INTRODUCTORES

Marca y Modelo		
Sticker		