

FORMULARIO DE REALIZACIÓN MARCAPASOS –PROCEDIMIENTOS POSTERIORES

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años ____ meses Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de realización: ____/____/____ Oportunidad: coordinación urgencia

Médico implantador: N° 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

- Recambio de generador
- Recambio de generador en garantía
- Recambio de sistema
- Recambio de sistema con generador en garantía
- Recambio de electródo

- Reimplante de generador
- Reimplante de sistema previa extracción con vaina

- Explante de generador
- Explante de electródo y generador
- Explante de sistema con extracción con vaina
- Explante de electródo epimiocárdico

- Implante de electródo endocavitario
- Implante de electródo epimiocárdico

- Cambio de posición del marcapaso
- Plastia de bolsillo
- Reposicionamiento del electródo
- Otros

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Perdida de Sensado |
| <input type="checkbox"/> Hematoma de bolsillo | <input type="checkbox"/> Alteración del aislante |
| <input type="checkbox"/> Hemotórax | <input type="checkbox"/> Fractura del electrodo |
| <input type="checkbox"/> Taponamiento cardíaco | <input type="checkbox"/> Migración del electrodo |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de salida | <input type="checkbox"/> Rotura vascular |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de entrada | <input type="checkbox"/> Rotura cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Estimulación diafragmática/costal | <input type="checkbox"/> Estimulación pectoral |
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> Infección de bolsillo |
| <input type="checkbox"/> Neumotórax | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Enfisema subcutáneo | |

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		