

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CARDIODESFIBRILADOR

IMPLANTE

PROCEDIMIENTOS POSTERIORES

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 caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

MEDICO IMPLANTADOR:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

CARDIODESFIBRILADOR SOLICITADO:

Modo de estimulación: Unicameral Bicameral Resincronizador

MARCA: _____

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

Cirugía vascular

- MMII
- Carótida
- Aneurisma Ao.abdominal
- 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

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

6 - ANTECEDENTES FAMILIARES: SI NO

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

ECG

Fecha ___/___/___

- Normal
- Isquemia probable
- Isquemia definida
- IAM
- Cicatriz de infarto
- Arritmia
- Trast. de conducción
- Otros
- QT largo
- Brugada
- HVI
- TV no sostenida
- Ritmo sinusal
- BCRI

Medida del QRS (mmseg): __, __

ECOCARDIOGRAMA NO

Fecha ___/___/___

FEVI _____ %

- Normal
- Hipertrofia de VI > de 15 mm
- Dilatación del VI
- Aneurisma apical del VI
- Obstrucción tracto de salida VI >= 30 mm
- Otras alteraciones _____

Medición de Presión sist.pulmonar: NO SI

Valor: _____ mmHg

EXÁMENES RECIENTES

Glicemia (mg/dl): ____, ____, __

Creatininemia (mg/dl): ____, ____, __

HOLTER: NO

Fecha ___/___/___

- Normal
- Anormal
 - TV no sostenida
 - Trastornos de conducción AV
 - Ritmo sinusal
 - Otros

ESTUDIOS FUNCIONALES

Fecha ___/___/___

- Negativos
- Positivos para isquemia
- Caída > 20 mmHg de la PAS durante el ejercicio
- Falla de aumento de la PAS durante el ejercicio > 20 mmHg

CATETERISMO CARDÍACO

NO

Fecha ___/___/___

Lesiones coronarias? SI No

TAC

NO

Fecha ___/___/___

RMN

NO

Fecha ___/___/___

- Fibrosis miocárdica con realce tardío de Gadolino >= 15%
- Aneurisma apical del VI con cicatriz regional

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO:

NO

Fecha ___/___/___

Intervalo HV prolongado _____ms

MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

Marcar sólo los fármacos que vienen siendo suministrados por el médico tratante por un período mayor a un mes

- B BLOQUEANTES
- IECA
- Calcioantagonistas
- ANTIARRITMICOS
- Digoxina
- DIURÉTICOS
- Hormonas tiroideas
- Antitiroideos
- ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS
- ANTICOAGULANTES ORALES
- HEPARINA

DIAGNÓSTICO

- Cardiopatía isquémica
- Cardiopatía hipertensiva
- Miocardiopatía congestiva
- Miocardiopatía hipertrófica
- Miocardiopatía restrictiva
- Valvulopatía
- Cardiopatía congénita
- Displasia arritmogénica de VD
- Síndrome de Brugada
- Cardiopatía no compactada
- Síndrome de QT largo
- Otro
- FV/TV idiopática
- Sincope de origen no determinado

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Implante de cardiodesfibrilador

INDICACIÓN: FV/Muerte súbita TVNS Síncope TVS Profiláctica

Recambio de cardiodesfibrilador

Recambio de cardiodesfibrilador en garantía total

Recambio de cardiodesfibrilador en garantía 50 %

Exploración

Explante de cardiodesfibrilador

Explante de sistema

Explante de sistema + extracción con vaina

Reimplante de cardiodesfibrilador

Explante de electrodo con vaina

INDICACIÓN

Agotamiento del generador

Falla del generador

Pérdida de sensibilidad

Migración del electrodo

Otra _____

Aumento inapropiado del umbral de desfibrilación

Ulcera/Pre-escara

Infección

Upgrade

Cardiodesfibrilador que tiene implantado:

Fecha del implante: ____/____/____

Marca y modelo : _____

Modo de estimulación: Unicameral Bicameral Resincronizador Otro

Nº de controles realizados desde el implante _____ Se realizaron test de umbrales de estimulación? SI NO

Se realizaron test de umbrales de desfibrilación? SI NO Se reprogramó en alguna oportunidad? SI NO

Terapias aprop. para TV: No Algunos Múltiples

Choques aprop. para TV: No Algunos Múltiples

Internaciones de causa cardiovascular: SI NO