

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CATETERISMO TERAPÉUTICO

Fecha ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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: _____

Tipo de acto: Cateterismo terapéutico diferido Cateterismo terapéutico con hemodinamia

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja P _____ Nombre _____ Firma _____

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

(Marcar hasta 2 opciones)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cierre de ductus con dispositivo | <input type="checkbox"/> Valvuloplastia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cierre de CIA con dispositivo | <input type="checkbox"/> Valvuloplastia aórtica |
| <input type="checkbox"/> Otro cierre con dispositivo | <input type="checkbox"/> Valvuloplastia mitral |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia de arteria pulmonar | <input type="checkbox"/> Atrioseptostomía con balón (Rashkind) |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia de ramas de arteria pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia – otra | |

ANTECEDENTES PERSONALES

Marcar los items que correspondan de acuerdo a la edad de paciente

Edad gestacional _____ semanas

- Diagnóstico fetal de cardiopatía congénita
Cual _____
- Diagnóstico de cardiopatía cong. al nacimiento
Cual _____
- Discordancia entre diagnóstico de cardiopatía congénita fetal y perinatal
- Procedimientos quirúrgicos no cardiovasculares
- Anomalías cromosómicas
- Anomalías asociadas
- Fiebre reumática
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Otra patología

PROCEDIMIENTOS CARDÍACOS PREVIOS

- Cateterismo cardíaco Fecha ___/___/___
 - Diagnóstico Intervencionista
- Angioplastia
 - Aórtica Pulmonar Otra
 - con stent
- Valvuloplastia
 - Aórtica Pulmonar Otra
- Atrioseptostomía
- Cierre de PDA
- Cierre de CIA
- Cierre de CIV
- Cierre de vasos anormales o com. vascc persistentes.
- Trasplante cardíaco
- Marcapaso Epimiocárdico Intracavitario
- Cardiodesfibrilador
- Cirugía cardíaca Fecha ___/___/___
Proced. _____
- Otro procedimiento

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

Peso _____ kg. Altura _____ cm.

Sintomático

Asintomático

Hipertensión arterial pulmonar

< P.sistémica

= P. sistémica

> P. sistémica

Hipertensión arterial sistémica

Saturación de oxígeno _____ %

PO2 _____ mmHg

Crisis de cianosis

Muerte súbita

Embarazo actual o programado

Actividad deportiva competitiva

Riesgo de reemplazo valvular

Requerimiento de cirugía no cardiovascular

Angor

Síncope

Hemodinamia inestable

Hipertensión pulmonar _____ mmHg

Insuficiencia cardíaca

Clasif. NYHA: I II III IV

Resumen clínico: _____

ESTUDIOS REALIZADOS

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

ECG NO SI Fecha ___/___/___

Normal

Anormal

Hipertrofia ventricular

Isquemia

Arritmia _____

Trast. de conducción _____

EXAMENES

	Normal	Anormal
Rx de torax		
Hemograma		
Glicemia		
Orina		
Creatininemia		
VIH		
Crisis		

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.

DIAGNÓSTICO ANATÓMICO

Realizado por: Ecocardiografía Cateterismo cardíaco

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ductus permeable | Tamaño del ductus _____ mm |
| <input type="checkbox"/> CIA | Tamaño del defecto _____ mm |
| <input type="checkbox"/> Valvulopatía pulmonar | Gradiente pico _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> Valvulopatía aórtica | Gradiente medio _____ mmHg |
| <input type="checkbox"/> Valvulopatía mitral | Diámetro del anillo _____ mm |
| <input type="checkbox"/> Coartación de aorta nativa | Area valvular _____ cm ² /m ² sup corporal |
| <input type="checkbox"/> Recoartación de aorta | Diámetro de Co.A. _____ mm. |
| <input type="checkbox"/> Estenosis de arteria pulmonar | Diámetro de recoartación de Ao. _____ mm |
| <input type="checkbox"/> Estenosis de ramas de arteria pulmonar | Diámetro de zona estenótica _____ mm |
| <input type="checkbox"/> TGA | Saturación arterial _____ % |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

DIAGNÓSTICO FISIOPATOLÓGICO

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Desaturación arterial | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | |
| Shunt izquierda-derecha | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | |
| Presión ventrículo derecho aumentado | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> < P.Sistémica
<input type="checkbox"/> = P.Sistémica
<input type="checkbox"/> > P.Sistémica |

MOTIVO POR EL QUE SE INDICA EL PROCEDIMIENTO:

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.