

Formulario de solicitud de CATETERISMO CARDÍACO DERECHO Adultos – TVRP -- 18 años en adelante

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 CP _____ Nombre _____ Firma _____

MOTIVO DE INDICACION DE CATETERISMO CARDIACO DERECHO

- Hipertensión Pulmonar Clasificación clínica (OMS) grupo: 1 2 3 4 5 Especificar _____
- Cardiopatía congénita (sin HP) Especificar _____
- Evaluación a respuesta terapéutica de tratamiento avanzado de HP Fecha inicio tratamiento _____
- Otro _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Considerar sólo hechos clínicos de más de 30 días de evolución.

1 - CARDIOVASCULARES Si No

Cardiopatía congénita No Si
Con shunt sist-pulm: No Si Tipo _____

- Cardiopatía isquémica
 Cardiopatía valvular
 Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: 1 2 3 4
 Síncope
 TEP
 Fiebre reumática

2- FACTORES DE RIESGO O CONDICIONES RELACIONADAS A HP

- Conectivopatías
 Exposición a fármacos y toxinas relacionados a HAP
 Infección por VIH
 Hipertensión portal/cirrosis hepática
 Enfermedad tiroidea
 Enfermedad hematológica Tipo _____
 EPOC
 Intersticiopatía
 SAOS
 Neumonectomía
 Hipoxia crónica
 Otros _____

3 - FACTORES DE RIESGO VASCULAR Si No

4 - INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES PREVIAS Si No

- By-pass coronario Hemodinamia pulmonar CD
 CACG y Est Hemodinámico
 Cirugía valvular Trasplante cardíaco
 Cirugía de aorta Marcapaso
 Otras cirugías Cardiodesfibrilador
 Angioplastia coronaria Valvuloplastia c/balón
 Otra cardíaca _____
 Cirugía vascular

Fecha del procedimiento más reciente: ___/___/___

5 - ANTECEDENTES GENERALES Si No

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

6 – DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL GLOBAL (Según escala de Karnofsky)

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

7 – ANTECEDENTES FAMILIARES: SI NO

- HAP Otros _____

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

Llenar sólo lo referente al último mes

- Asintomático
- Disnea
- Capacidad funcional (OMS) I II III IV
- Síncope
- Fatigabilidad
- Dolor torácico
- Angina
- Disfonía
- Soplos
- 2R pulmonar aumentado

- 4R/3R derecho
- Cardiomegalia
- Edema periférico
- Ascitis
- Hepatomegalia/hepatalgia
- Ingurgitación Yugular/RHY
- Cianosis
- Otros _____

ESTUDIOS REALIZADOS

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

ECG

Fecha ___/___/___

- Normal
- Isquemia probable
- Cicatriz de infarto
- Arritmia _____
- Otros
- HVD/Sobrecarga VD
- Isquemia definida

ECOCARDIOGRAMA Doppler

Fecha ___/___/___

- Normal
- Dilatación cavidades derechas
- HVD
- Desplazamiento del septum IV
- Colapso inspiratorio de la VCI
- Función Sistólica VD normal
- Función Sistólica VD disminuida
 - leve moderada severa Índice de Tei __, __
- Dilatación de cavidades izquierdas
- Dilatación del VI
- Función sistólica VI normal
- Función sistólica VI disminuida
 - leve moderada severa FEVI _____%
- Disfunción diastólica del VI
- Alteraciones segmentarias
- Hipertrofia de VI > de 15 mm
- Cortocircuitos cardíacos
- Estenosis aórtica Lev. Mod. Sev.
- Insuficiencia aórtica Lev. Mod. Sev.
- Estenosis mitral Lev. Mod. Sev.
- Insuficiencia mitral Lev. Mod. Sev.
- Insuficiencia tricuspídea Lev. Mod. Sev.
- Estenosis pulmonar Lev. Mod. Sev.
- Insuficiencia Pulmonar Lev. Mod. Sev.
- Otra valvulopatía _____
- Derrame pericárdico
- Otras alteraciones _____

Presión sistólica pulmonar ___ mmHg

Presión diastólica pulmonar ___ mmHg

Area de aurícula derecha ___ cm²

TAPSE ___ mm

Diámetro de la VCI: __, __ cm

RX TÓRAX

- Normal
- Dilatación de arteria pulmonar central
- Dilatación VD
- Dilatación AD
- Atenuación vasculatura periférica
- Otros _____

ESTUDIOS FUNCIONALES

- No realizados
- Evaluación Funcional Respiratoria
- Polisomnografía
- Prueba de la marcha de 6 minutos

Distancia recorrida ___ m

	Basal	Final
PA (mmHg)	_____	_____
FC (c/m)	_____	_____
Sat.O ₂ (%)	_____	_____
Disnea (E. de Borg)	_____	_____

OTROS

- Centellograma Pulmonar
- Angio RMN
- Arteriografía pulmonar
- ANA
- ANCA
- Serología VIH
- Perfil tiroideo
- Ecocardiograma transesofágico
- AngioTAC
- TAC de Tórax
- Ecografía Abdominal
- FR
- Otros Crib. autoimmun. _____
- Serología virus hepatotropos
- Func. y Enzimograma hepático

EXÁMENES VALORACIÓN GENERAL

- Hemograma
- Orina
- Ionograma
- Glicemia
- Creatininemia
- Crisis

CAT. CARDÍACO DER PREVIO NO SI
Fecha ___/___/___

TVRP previo Positivo Negativo

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.

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"/> Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Diuréticos | <input type="checkbox"/> Anticoagulantess orales |
| <input type="checkbox"/> Digoxina | <input type="checkbox"/> Calcioantagonistas | <input type="checkbox"/> Inhibidores de fosfodiesterasa |
| <input type="checkbox"/> Prostanoides | <input type="checkbox"/> Inhibidores de endotelina | <input type="checkbox"/> Nitratos |
| <input type="checkbox"/> AAS | <input type="checkbox"/> B Bloqueantes | <input type="checkbox"/> IECA |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | 6 |

RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

- Buena Regular Mala

OBSERVACIONES _____

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.