

Vigencia: 01/10/2018 Página 1 de 3

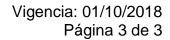
## FORMULARIO DE SOLICITUD DE DISPOSITIVO PARA ENDOPRÓTESIS AÓRTICA

				recna://			
Nombre del paciente _				C.I			
Edad: años	Sexo: □ Femenino □	Masculino	Prestador:				
Procedimiento:			ión://				
Motivo por el cual se r	Motivo por el cual se realizó antes de solicitar autorización:						
Proveedor de dispos	itivos:   SANYFICO   QUALMED   NAFFERTO		EMEDICAL S.A. ENDOVAS EMS	□ GEOBAN MEDICAL			
MEDICO SOLICIT	ANTE:			_			
Nº de caja profesional	Nombre			Firma			
MEDICO CIRUJA	NO VASCULAR TRA	TANTE:					
Nº de caja profesional	Nombre			Firma			
ANTECEDENTES	PERSONALES	FAC	TOPES DE PIESC	O VASCULAR   No   Si			
CARDIOVASCULARES  □ Cardiopatía isquémica		□ Hi	ipertensión arterial islipemia	☐ Diabetes ☐ Tabaquismo			
<ul> <li>□ Cardiopatía valvular</li> <li>□ Insuficiencia cardíaca</li> <li>Clase funcional NY</li> <li>□ Arritmias</li> </ul>	HA: 01 02 03 04		SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL  Lesión de aorta torácica tipo B: □ No □ Si				
☐ Síncope		Dise	cción de aorta torác	ica complicada: □ No □ Si			
	ULARES PREVIAS   No		Tipo: □ Agu	da □ Crónica			
<ul><li>□ Cirugía valvular</li><li>□ Cirugía de aorta</li></ul>	☐ Cineangiocoronariografí☐ Trasplante cardíaco☐ Marcapaso☐ Cardiodesfibrilador	a	Cifra n Cifra n				
<ul><li>□ By pass de MMII</li><li>□ Cirugía carotidea</li></ul>	☐ Aneurisma Ao.abdomina ☐ Otra		□ Mala perfusió	on C			
Fecha del procedimiento	más reciente://	Ulce					
ANTECEDENTES GEN	ERALES 🗆 No 🗆 Si		ıatoma: □ Si [ urisma > 6 cm.:	□Si □No			
<ul><li>□ EPOC</li><li>□ Diálisis</li><li>□ ACV</li><li>□ Enf. Neoplásica locali:</li><li>□ Enf. Neoplásica disem</li></ul>		nal Lesio	ón traumática:	□ No □ Si			



Vigencia: 01/10/2018 Página 2 de 3

Traumatismo asociado: ☐ No ☐ Si Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal: ☐ No ☐ Si ☐ TEC grave ☐ Tamaño > 5 cm. Glasgow: \_\_\_ □ Abdomen/pelvis ☐ Aneurisma infrarrenal sacular □ Miembros Exámen físico CV: ☐ Pulsos periféricos presentes □ Pulsos periféricos ausentes **ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS** La información volcada en esta parte debe venir acompañada del informe del estudio realizado. Valoración general Angiotomografía Aorta Toraxica y vasos del cuello: Hemograma: □ No □ Si Fecha \_\_/\_/\_\_ Hb (g/l) Angiotomografía Aorta Abdomino pélvica: Crasis: TP (%): Fecha \_\_/\_/\_\_ □ No □ Si □ Cuello sin trombo circunferencial ni calcificaciones Azoemia (g/l): \_ ☐ Cuello proximal > 10 mm. ☐ Angulo del cuello proximal > 90° Creatininemia ( mg/dl): \_\_\_ , \_\_\_ □ Eje ilíaco apto Ionograma: ECG: □ No □ Si Na (mEq/l): \_\_ \_ \_ K (mEq/l): \_\_ , \_\_ Fecha\_ □ Normal □ Patológico Gasometría arterial: Rx de tórax: □ No □ Si PH: \_\_\_ , \_\_\_ Hco3 (mEq/l): \_\_\_ \_\_ □ Normal □ Patológico Valoración cardiológica ETT: □ No □ Si Fecha □ Patológico Riesgo cardiovascular: □ Bajo □ Normal □ Moderado □ Alto FEVI: \_\_\_ \_\_ DIAGNÓSTICO Lesión de aorta torácica tipo B Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE □ B bloqueantes □ B bloqueantes i/v □ IECĂ □ ARA II □ Analgésicos opioides □ Analgésicos no opioides □ Nitratos □ Nitroglicerina i/v □ Anticálcicos □ Diuréticos □ AAS □ Anticoagulantes orales □ Digoxina □ HBPM □ Estatinas





## PROCEDIMIENTO PROPUESTO

_						
п	Imnlanta	dΔ	endoprótesi	ab	anrta	toracica
ш	IIIIDIAIILE	uc	CHUUDHULGSI	o uc	aurta	williadica

- ☐ Implante de endoprótesis de aorta abdominal uni-iliaca ☐ Implante de endoprótesis de aorta abdominal bi-iliaca

□ Otro. Especificar: \_

