

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DISPOSITIVO PARA ENDOPRÓTESIS AÓRTICA

Fecha: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Prestador: _____

Procedimiento: a coordinar: Fecha de coordinación: ___/___/___
 ya realizado: Fecha de realización: ___/___/___

Motivo por el cual se realizó antes de solicitar autorización: _____

Proveedor de dispositivos: SANYFICO S.A. EMEDICAL S.A. GEOBAN MEDICAL
 QUALMED ENDOVAS
 NAFFERTON S.A. EMS

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

MEDICO CIRUJANO VASCULAR TRATANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si
 Cardiopatía isquémica
 Cardiopatía valvular
 Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: 1 2 3 4
 Arritmias
 Síncope

INTERV. CARDIOVASCULARES PREVIAS No Si
 By-pass coronario Cineangiocoronariografía
 Cirugía valvular Trasplante cardíaco
 Cirugía de aorta Marcapaso
 Angioplastia coronaria Cardiodesfibrilador

Cirugía vascular No Si
 By pass de MMII Aneurisma Ao.abdominal
 Cirugía carotídea Otra

Fecha del procedimiento más reciente: ___/___/___

ANTECEDENTES GENERALES No Si
 EPOC Insuficiencia renal
 Diálisis Endocrinopatía
 ACV Síndrome de Marfan
 Enf. Neoplásica localizada
 Enf. Neoplásica diseminada

FACTORES DE RIESGO VASCULAR No Si
 Hipertensión arterial Diabetes Tabaquismo
 Dislipemia Obesidad

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Lesión de aorta torácica tipo B: No Si
Dissección de aorta torácica complicada: No Si

Tipo: Aguda Crónica
 Dolor intratable
 Dolor recurrente
 Hipertensión arterial refractaria
Cifra máxima de PAS: _____
Cifra máxima de PAD: _____
 Dilatación aórtica aguda >= a 5.5 cm.
 Mala perfusión

Úlceras: Si No

Hematoma: Si No

Aneurisma > 6 cm.: Si No

Lesión traumática: No Si

Traumatismo asociado: No Si

Cual: TEC grave Glasgow: ___ ___
 Abdomen/pelvis
 Miembros

Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal: No Si

Tamaño > 5 cm.
 Aneurisma infrarrenal sacular

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.

Angiotomografía Aorta Toraxica y vasos del cuello:

No Si Fecha ___/___/___

Angiotomografía Aorta Abdomino pélvica:

No Si Fecha ___/___/___

- Cuello sin trombo circunferencial ni calcificaciones
- Cuello proximal > 10 mm.
- Angulo del cuello proximal > 90°
- Eje ilíaco apto

ECG: No Si Fecha ___/___/___

Normal Patológico

Rx de tórax: No Si Fecha ___/___/___

Normal Patológico

ETT: No Si Fecha ___/___/___

Normal Patológico

FEVI: ___ ___

Valoración general

Hemograma:

Hb (g/l): ___ , ___ Hto: ___

Crisis:

TP (%): ___ INR: ___

Azoemia (g/l): ___ , ___

Creatininemia (mg/dl): ___ , ___

Ionograma:

Na (mEq/l): ___ K (mEq/l): ___ , ___

Gasometría arterial:

PH: ___ , ___ Hco3 (mEq/l): ___

Valoración cardiológica

Riesgo cardiovascular: Bajo
 Moderado
 Alto

DIAGNÓSTICO

- Lesión de aorta torácica tipo B
- Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal

MEDICACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE

- B bloqueantes
- IECA
- Analgésicos opioides
- Nitratos
- Anticálcicos
- AAS
- Digoxina
- Estatinas
- B bloqueantes i/v
- ARA II
- Analgésicos no opioides
- Nitroglicerina i/v
- Diuréticos
- Anticoagulantes orales
- HBPM

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

- Implante de endoprótesis de aorta torácica
- Implante de endoprótesis de aorta abdominal uni-iliaca
- Implante de endoprótesis de aorta abdominal bi-iliaca
- Otro. Especificar: _____

INGRESO POR SISTEMA