

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TROMBECTOMIA MECANICA

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MEDICO SOLICITANTE

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

- Especialidad: Neurocirujano intervencionista
 Neuroradiólogo intervencionista
 Neurólogo intervencionista
 Internista
 Intensivista
 Neurólogo

ANTECEDENTES PERSONALES

Estatus funcional basal de acuerdo con escala de Rankin modificada (mRS): _ (0-6)

- Tabaquismo: Si No Sin dato
HTA: Si No Sin dato
Diabetes M: Si No Sin dato
Obesidad: Si No Sin dato
FA/Flutter: Si No Sin dato
Drogas de abuso: Si No Sin dato
Cardiopatía isquémica: Si No Sin dato
IAM reciente (últimos 3meses): Si No Sin dato
AIT previo: Si No Sin dato
ACV previo: Si No Sin dato Isquémico Hemorrágico
Enfermedad protrombótica: Si No Sin dato
Antiagregantes: Si No Sin dato
Anticoagulantes: Si No Sin dato Nuevos Anticoagulantes orales
 Warfarina Heparina
Neoplasias: Si No Sin dato
Otros: Si No Sin dato

Datos de Prestador del primer contacto

Inicio de los síntomas: Fecha: __/__/__ Hora: __: __

Arribo al prestador: Fecha __/__/__ Hora: __: __

NIHSS: __ (0-42)

Tomografía de Cráneo: Fecha: __/__/__ Hora: __: __ SCORE ASPECTS: __ (0-10)

Tratamiento fibrinolítico sistémico: No Si Fecha: __/__/__ Hora de inicio: __: __

Fármaco: Alteplase Tenecteplase

Complicaciones: No Si
 Neurológicas
 Angio edema
 Sangrado sistémico
 Otra extra-neurológica

Motivo de no tratar con fibrinolíticos: Fuera de ventana terapéutica Riesgo de sangrado Otro.

Tomografía de cráneo con angiografía: No Si Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

Oclusión de gran vaso: No Si ACM M1 ACI intracraneana

Datos del Centro de Trombectomía mecánica:

Fecha de arribo: ___/___/___ Hora de arribo: ___:___

NIHSS: __ (0-42)

Nueva tomografía de Cráneo: No Si Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

SCORE ASPECTS: __ (0-10)

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Realización de punción femoral Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

Se realizó Trombectomía Mecánica: No Si

Recanalización arterial: No Si Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

Fin de procedimiento: Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

Anestesia: Sedación consciente Anestesia general Otra

Complicaciones: No Si
 Arritmia
 Hipotensión
 Respiratorias
 Otras.

Topografía de oclusión vascular: ACI intracraneana
 ACM M1
 No corresponde
 Otra

Técnica: Aspiración
 Stent retirable
 Aspiración+ stent retirable
 Otra

TICI: __

Otros procedimientos asociados: No Si. Especifique _____

Complicaciones Angiográficas: No Si

Perforación arterial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Disección arterial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Embolia distal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sangrado intracraneano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vasoesmo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Datos Post procedimiento (24 hs.)

Ingreso a: UACV CI CTI

NIHSS: __

Tomografía de cráneo de control a las 24hrs: No Si

Resultado: Sin isquemia Sangrado
 Isquemia configurada Otro

Complicaciones: No Si

Neurológicas: : No Si

Hemorragia intracraneana sintomática Hipertensión intracraneana sintomática
 Hemorragia intracraneana asintomática Neurocirugía
 Crisis epiléptica Otra

Del Acceso vascular: No Si

Hematoma Disección Otro

Medicas: No Si

Síndrome coronario agudo Sangrado sistémico
 Arritmia HTA de difícil control
 Infecciosas Disonías
 Trombosis venosa profunda Otra

Datos de egreso:

Fecha de egreso: __/__/__ Estado: Vivo Fallecido

NIHSS: __

Asistencia respiratoria mecánica: Si No

Destino: Institución de origen otro.

Nivel de atención: CTI CI Unidad de ACV Cuidados Moderados

Consideraciones que juzgue relevantes: