

## 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:                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| HTA:                           | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| Diabetes M:                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| Obesidad:                      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| FA/Flutter:                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| Drogas de abuso:               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| Cardiopatía isquémica:         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| IAM reciente (últimos 3meses): | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| AIT previo:                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| ACV previo:                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato | <input type="checkbox"/> Isquémico                     | <input type="checkbox"/> Hemorrágico |                                   |
| Enfermedad protrombótica:      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| Antiagregantes:                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| Anticoagulantes:               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato | <input type="checkbox"/> Nuevos Anticoagulantes orales | <input type="checkbox"/> Warfarina   | <input type="checkbox"/> Heparina |
| Neoplasias:                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sin dato |  |                                      |                                   |
| Otros:                         | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 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:  Fuerza 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 retrátil  
 Aspiración+ stent retrátil  
 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:	<input type="checkbox"/> Sin isquemia	<input type="checkbox"/> Sangrado
	<input type="checkbox"/> Isquemia configurada	<input type="checkbox"/> Otro

**Complicaciones:**  No  Si

Neurologicas: :  No  Si

<input type="checkbox"/> Hemorragia intracraneana sintomática	<input type="checkbox"/> Hipertensión intracraneana sintomatica
<input type="checkbox"/> Hemorragia intracraneana asintomática	<input type="checkbox"/> Neurocirugia
<input type="checkbox"/> Crisis epiléptica	<input type="checkbox"/> Otra

Del Acceso vascular:  No  Si

<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Disección	<input type="checkbox"/> Otro
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Medicas:  No  Si

<input type="checkbox"/> Síndrome coronario agudo	<input type="checkbox"/> Sangrado sistémico
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> HTA de difícil control
<input type="checkbox"/> Infecciosas	<input type="checkbox"/> Disionías
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda	<input type="checkbox"/> 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: