

**FORMULARIO DE SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE
TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR**

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Fecha de solicitud ___/___/___ Sexo: Femenino Masculino Centro: _____

MEDICO SOLICITANTE

N° de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Tabaquismo activo NO SI
Ex fumador NO SI Tiempo de abstinencia: ___ ___ meses
Alcoholismo activo NO SI
Ex alcoholista NO SI Tiempo de abstinencia: ___ ___ meses
HTA NO SI
Dislipemia NO SI
Obesidad NO SI
Enfermedad coronaria NO SI
Diabetes NO SI
Hipotiroidismo NO SI
Hipertiroidismo NO SI
Neoplasias NO SI Especificar _____
Enfermedad Tromboembólica previa NO SI
Hipercoagulabilidad conocida NO SI
Otros NO SI Especificar: _____

SITUACION CLÍNICA:

Clase Funcional (CF) OMS/NYHA: I II III IV
Tiempo desde inicio de síntomas al diagnóstico: _____ meses
Tratamiento anticoagulante efectivo \geq 3 meses: NO SI
Medicación HTP NO SI Especificar _____

Comentarios: _____

DIAGNÓSTICO: Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC)

ESTUDIOS REALIZADOS:

Funcional respiratorio: NO SI

Resultado: Normal Patológico

CVF (%) ___ ___ CVF (Its) _ , ___
CPT (%) ___ ___ CPT (Its) _ , ___
VEF1s (%) ___ ___ VEF1 (Its) _ , ___
VEF/CVF ___ ___
DLCO (%) ___ ___

Test de marcha en 6 minutos: NO SI

Resultado: Normal Patológico

Distancia (mts) _ _ _ , _ _

% VN _ _ _

SpO2basal (%) _ _ _

SpO2mínima (%) _ _ _

Comentarios: _____

Centellograma pulmonar V/Q: NO SI

Resultado: Normal Patológico

AngioTC de Arterias Pulmonares: NO SI

Obstrucción proximal/lobar/segmentaria accesible quirúrgicamente NO SI

Especificar: _____

EcoDoppler cardíaco transtorácico: NO SI

Resultado: Normal Patológico

PAPs estimada (mmHg): _ _ _

Dilatación/Disfunción del VD: Leve Moderada Severa

TAPSE (mm): _ _

TAPSE/PAPs (mm/mmHg): _ , _ _

Cateterismo cardíaco derecho: NO SI

Resultado: Normal Patológico

Presión arteria pulmonar media (mmHg): _ _

RVP (UW): _ _ , _ _

POAP (mmHg): _ _

IC (l/min/m²): _ , _ _

Consideraciones que juzgue relevantes:

Fecha de realización: __/__/____

Equipo anestésico-quirúrgico:

Nº de caja profesional _____ Dr./a. _____ Especialidad _____
Nº de caja profesional _____ Dr./a. _____ Especialidad _____
Nº de caja profesional _____ Dr./a. _____ Especialidad _____
Nº de caja profesional _____ Dr./a. _____ Especialidad _____

DATOS DE EGRESO:

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta: __/__/____
 FALLECIDO Fecha de fallecimiento: __/__/____

Lugar de internación: CTI (Horas): _____
CI (Horas): _____
Sala (Días): _____, _

Uso de ECMO: No Si Días de ECMO: _____

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Procedimiento realizado: _____

Tiempo total de cirugía (min): _____
Tiempo en Circulación Extracorpórea (CEC) (min): _____
Tiempo de paro circulatorio total en hipotermia profunda (min): _____

Clasificación quirúrgica de la lesión (Nivel UCSD)

Lesión Pulmón Derecho: No Si Nivel: Nivel I Nivel II Nivel III Nivel IV
Lesión Pulmón Izquierdo: No Si Nivel: Nivel I Nivel II Nivel III Nivel IV

Comentarios: _____

COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS: NO SI

Pulmonares NO SI Especificar: _____
Cardíacas NO SI Especificar: _____
Hemorrágicas/Vasculares NO SI Especificar: _____
Infecciosas NO SI Especificar: _____
Neurológicas NO SI Especificar: _____
Renales NO SI Especificar: _____

Consideraciones que juzgue relevantes:
