

## FORMULARIO DE REALIZACION DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL SIN RUPTURA

Fecha de solicitud: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

### MEDICO NEUROINTERVENCIONISTA

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Inicio de procedimiento: Fecha: \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_: \_\_

Fin de procedimiento: Fecha: \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_: \_\_

**Tratamiento endovascular:**  No  Si

Tipo:  Coiling  
 Coiling asistido por balón  
 Coiling asistido por stent  
 Diversor de flujo  
 Otro. Especifique \_\_\_\_\_

#### Grado de oclusión del aneurisma:

- Oclusión total de saco y cuello  
 Oclusión total del saco y parcial del cuello  
 Oclusión total del saco y cuello remanente  
 Oclusión parcial del saco sin oclusión del cuello

Otros procedimientos asociados:  No  Si Especifique \_\_\_\_\_

**Complicaciones intraprocedimiento**  No  Si

Complicaciones Angiográficas  No  Si

Lesión arterial  No  Si Especificar tipo y topografía: \_\_\_\_\_  
Ruptura aneurismática/MAV  Si  No  
Embolia distal  No  Si  Trombótica  Gaseosa  Material de embolización  
Vasoespasmó  Si  No  
Rotura y abandono de catéteres  No  Si Especifique \_\_\_\_\_  
Otras  No  Si Especifique \_\_\_\_\_

Complicaciones Médicas:  No  Si

Cardiovasculares  No  Si  HTA  Arritmia  SCA  Otras. Especifique \_\_\_\_  
Otras  No  Si Especifique \_\_\_\_\_

Otras complicaciones:  No  Si Especifique \_\_\_\_\_

## DISPOSITIVOS UTILIZADOS

Coils:  No  Si Cantidad: \_\_ \_\_

Stent:  No  Si Cantidad: \_\_ \_\_

Diversor de flujo:  No  Si

Otros:  No  Si Especifique \_\_\_\_\_

## COMPLICACIONES POSTERIORES No Si

Neurológicas/Neuroquirúrgicas:  No  Si

HSA  No  Si  
Hidrocefalia  No  Si  
Vasoespasmio  No  Si  
Hematoma intraparenquimatoso  No  Si  
Infarto cerebral  No  Si  Territorio de tratamiento endovascular  
 Otra topografía  
Especifique \_\_\_\_\_

Sangrado  No  Si  
Crisis epiléptica  No  Si  
Otra  No  Si Especifique \_\_\_\_\_

Del Acceso vascular:  No  Si

Hematoma en sitio de punción  Otros. Especifique \_\_\_\_\_

Reintervención:  No  Si

Especifique \_\_\_\_\_

Médicas:  No  Si

Cardiovasculares  No  Si Especifique \_\_\_\_\_  
Infecciosas  No  Si Especifique \_\_\_\_\_  
Trombosis venosa profunda  No  Si  
Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética  No  Si  
Otra  No  Si Especifique \_\_\_\_\_

---

**DATOS DE EGRESO DEL CENTRO ENDOVASCULAR:**

Fecha de egreso: \_\_/\_\_/\_\_ Estado al alta:  Vivo  Fallecido

Destino:  Institución de origen  Otro. Especifique \_\_\_\_\_

Nivel de atención:  CTI  CI  Cuidados Moderados

Escala de Glasgow al egreso: \_\_ \_\_

Asistencia respiratoria mecánica:  No  Si

mRS:  Si  No Puntaje (0-6): \_\_

---

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

---

**ADJUNTAR:**

- Informe de procedimiento endovascular (detallando procedimiento, dispositivos utilizados, eventuales complicaciones)
- Registro de hoja anestésica durante procedimiento.
- Resumen de egreso de centro endovascular
- Informe de estudio de neuroimagen de control post procedimiento (si corresponde)
- Sticker de dispositivos utilizados
- Imagen dinámica de procedimiento endovascular completo (debe incluir detalle de hora de inicio/fin de procedimiento y uso de dispositivos)