

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

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

Angiografía de fin de procedimiento:

Exclusión total  Exclusión parcial → Especifique \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## DISPOSITIVOS UTILIZADOS

Agente embolizante  No  Si

Número total de viales: \_\_\_\_\_

## PROCEDIMIENTOS PENDIENTES

Queda planteado otro procedimiento para completar el plan terapéutico:  No  Si

Cual?:

Neurocirugía

Terapia endovascular

Otros

Especifique: \_\_\_\_\_

## COMPLICACIONES POSTERIORES No Si

**Neurológicas/Neuroquirúrgicas:**  No  Si

HSA  No  Si

Hidrocefalia  No  Si

Vasoespasma  No  Si

Hematoma intraparenquimatoso  No  Si

Infarto cerebral  No  Si  Territorio de tratamiento endovascular

Alejado

Especifique \_\_\_\_\_

Resangrado  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 (0-15): \_\_

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)