

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL SIN RUPTURA

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MEDICO SOLICITANTE (CENTRO ENDOVASCULAR)

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Especialidad _____

ANTECEDENTES PERSONALES No Si

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

Tabaquismo: Si No Sin dato

HTA: Si No Sin dato

Diabetes Mellitus: Si No Sin dato

Obesidad: Si No Sin dato

FA/Flutter: Si No Sin dato

ACV previo: Si No Sin dato

Isquémico

Hemorrágico

Hemorragia subaracnoidea aneurismática

Asociado a MAV

Otros. Especifique _____

Se realizó tratamiento vascular (endovascular o neurocirugía)? Si No Sin dato

Especifique _____

Aneurismas o MAV conocida sin sangrados: No Si

Se realizó tratamiento vascular (endovascular o neurocirugía)? Si No Sin dato

Especifique _____

Drogas de abuso: Si No Sin dato Especifique _____

Cardiopatía isquémica: Si No Sin dato

Antiagregantes: Si No Sin dato

Anticoagulantes: Si No Sin dato

Nuevos Anticoagulantes orales

Warfarina

Heparina

Neoplasias: Si No Sin dato Especifique _____

Neurológicos: Si No Sin dato Especifique _____

Otros: Si No Especifique _____

CARACTERIZACIÓN ANGIOGRÁFICA DEL ANEURISMA CEREBRAL

Número total AC: __

Datos de AC a tratar:

Topografía:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACA | <input type="checkbox"/> Comunicante posterior | <input type="checkbox"/> AICA |
| <input type="checkbox"/> ACM | <input type="checkbox"/> Arteria Oftálmica | <input type="checkbox"/> Bifurcación |
| <input type="checkbox"/> ACP | <input type="checkbox"/> Arteria vertebral | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> ACI | <input type="checkbox"/> ABasilar | Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Comunicante anterior | <input type="checkbox"/> PICA | |

Morfología: Sacular Fusiforme Disecante Otra. Especificar: _____

Tamaño (diámetro en mm): __

Cuello: Estrecho Ancho Especificar: _____

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA ENDOVASCULAR

Procedimiento solicitado:

- Coiling
- Coiling asistido por balón
- Coiling asistido por stent
- Diversor de flujo
- Otro. Especificar: _____

DISPOSITIVOS SOLICITADOS No Si

Coils: No Si Cantidad: __

Stent: No Si Cantidad: __

Diversor de flujo: No Si

Otros: No Si Especifique _____

Consideraciones que juzgue relevantes:

ADJUNTAR:

- Resumen de Historia clínica
- Informe de planificación terapéutica
- Informes de neuroimágenes realizadas:
 - TAC de cráneo/angioTAC/ RNM/ angioRNM según corresponda
 - Arteriografía (indispensable)
- Imágenes dinámicas formato DICOM de neuroimágenes realizadas
- Aval anestésico preoperatorio
- Rutinas preoperatorias