FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL SIN RUPTURA

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre del paciente_____ C.I._____

MÉDICO NEUROINTERVENCIONISTA (CENTRO ENDOVASCULAR)

N^{O} 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 _____

INGRESO POR SISTEMA

ANTECEDENTES FAMILIARES ☐ No ☐ Si

HSA no traumática: ☐ Si ☐ No ☐ Sin dato
Aneurisma cerebral: ☐ Si ☐ No ☐ Sin dato Especifique _____
MAV: ☐ Si ☐ No ☐ Sin dato
Otro: ☐ Si ☐ No Especifique _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL (Adjuntar informe e imágenes de tratamientos realizados)

Tratamiento previo de AC: ☐ No ☐ Si

☐ Endovascular ☐ Neuroquirúrgico ☐ Otros. Esp _____

PRESENTACION CLÍNICA ACTUAL

Tipo de aneurisma: ☐ Asintomático (Incidental)
☐ Sintomático
Cual/es?

☐ Cefalea ☐ Neuralgia

☐ Pérdida de visión ☐Otras alteraciones de pares craneanos

☐ Crisis epilépticas ☐ Síndrome focal neurológico

☐ Otros. Esp._____

NEUROIMAGEN (Adjuntar informes)

Tomografía de Cráneo: ☐ No ☐ Si Fecha: ___/___/___

AngioTAC: ☐ No ☐ Si Fecha: ___/___/___

RNM: ☐ No ☐ Si Fecha: ___/___/___

AngioRNM: ☐ No ☐ Si Fecha: ___/___/___

Arteriografía encefálica: ☐ No ☐ Si Fecha: ___/___/___

INGRESO POR SISTEMA

CARACTERIZACIÓN ANGIOGRÁFICA DEL ANEURISMA CEREBRAL

Número total AC: _ _

Datos de AC a tratar:

Topografía:

- ☐ ACA
- ☐ ACM
- ☐ ACP
- ☐ ACI
- ☐ Comunicante anterior
- ☐ Comunicante posterior
- ☐ Arteria Oftalmica
- ☐ Arteria vertebral
- ☐ ABasilar
- ☐ PICA
- ☐ AICA
- ☐ Bifurcación
- ☐ Otra Especifique _____

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 _____

INGRESO POR SISTEMA

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA

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 neuroimagenes realizadas
- Aval anestésico preoperatorio
- Rutinas preoperatorias