

FORMULARIO DE SOLICITUD INICIAL DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MÉDICO NEUROINTERVENCIONISTA (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 _____

Peso (solo en menores de 6 años): __, __, __

ANTECEDENTES FAMILIARES ☐ No ☐ Si

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

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

Tratamiento previo de MAV: ☐ No ☐ Si → ☐ Endovascular ☐ Neurocirugía ☐ Otros. Esp. _____

PRESENTACION CLÍNICA ACTUAL

Sintomático ☐ No ☐ Si ☐ Cefalea ☐ Neuralgia
☐ Pérdida de visión ☐ Otras alteraciones de pares craneanos
☐ Crisis epilépticas ☐ Síndrome focal neurológico
☐ Otros. Esp. _____
Hemorragia ☐ No ☐ Si

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: ____/____/____

CARACTERIZACIÓN ANGIOGRÁFICA DE MAV

Tipo de malformación arteriovenosa:

☐ MAV propiamente dicha ☐ Fístula ArterioVenosa ☐ Malformación de vena de galeno (MVG)

MAV propiamente dicha:

Localización: ☐ Supratentorial ☐ Infratentorial ☐ Otros.

Especificar: _____

Área elocuente: ☐ No ☐ Si Especificar: _____

Arteria aferente:

Número: __ Especifique: _____

Tipo de pedículo arterial: ☐ Exclusivo ☐ No exclusivo

Asocia aneurisma: ☐ No ☐ Si Tipo: ☐ Intranidal ☐ Otros. Especifique _____

Drenaje venoso: ☐ Superficial ☐ Profundo ☐ Ambos

Número de venas que salen del nido: __

Estenosis venosa: ☐ Si ☐ No

Fístula asociada: ☐ Si ☐ No

Clasificación de Spetzler-Martin (1-5): __

FAV:

Localización: ☐ Supratentorial ☐ Infratentorial ☐ Otros

Especificar: _____

Arteria aferente:

Número: __ Especifique: _____

Drenaje venoso:

Número de venas eferentes: __

Estenosis venosa asociada: ☐ Si ☐ No

Clasificación de Cognard: _____ (I, IIA, IIB, IIA+IIB, III, IV,V)

I: confinado a la pared del seno con flujo anterógrado normal, sin drenaje venoso cortical.
II A: limitada al seno, con reflujo (retrógrado) a los senos, pero no a las venas corticales.
IIB: drena en los senos con reflujo (anterógrado) a las venas corticales
II A + B: drena a los senos con reflujo (retrógrado) en ambos senos y venas corticales.
Tipo III: drena directamente en las venas corticales (no a los senos) de drenaje
Tipo IV: drena directamente en las venas corticales (no en los senos) el drenaje venoso con ectasia
Tipo V: drenaje venoso espinal peri medular, asociada a mielopatía progresiva.

MVG:

Tipo de malformación: ☐ Mural ☐ Coroidea

Insuficiencia cardíaca asociada: ☐ Si ☐ No

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA ENDOVASCULAR

Embolización con objetivo obliteración total: ☐ No ☐ Si ☐ Única ☐ Secuencial

Especificar: _____

Embolización con objetivo paliativo: ☐ No ☐ Si ☐ Única ☐ Secuencial

Especificar: _____

Embolización dentro de terapia multimodal: ☐ No ☐ Si Especificar: _____

DISPOSITIVOS SOLICITADOS

Especificar dispositivos solicitados: _____

Consideraciones que juzgue relevantes:

ADJUNTAR:

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