

FORMULARIO DE SOLICITUD Y REALIZACION DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA CEREBRAL CON RUPTURA

Fecha de solicitud: __/__/__

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MÉDICO NEUROINTERVENCIONISTA (CENTRO ENDOVASCULAR)

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Especialidad _____

ANTECEDENTES PERSONALES Si No Sin dato

Tabaquismo: Si No Sin dato

Drogas de abuso: 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 _____

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 _____

Otros: Si No

Especifique _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Si No Sin dato

Hemorragia subaracnoidea aneurismática: Si No Sin dato

Aneurisma cerebral:

Si No Sin dato Especifique _____

MAV:

Si No Sin dato

Otros:

Si No Especifique _____

Datos del Centro Asistencial Primario

Clínica

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

Inicio de los síntomas: Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

Arribo a centro primario: Fecha ___/___/___ Hora: ___:___

Número de consultas desde inicio de síntomas hasta el diagnóstico: _

Diagnóstico de aneurisma cerebral con ruptura: Fecha ___/___/___ Hora: ___:___

Presentación clínica: Cefalea Crisis epiléptica Síndrome focal neurológico
 Depresión de conciencia Otro Especifique _____

Escala de Glasgow: _ _

Escala Hunt-Hess* (Grado 1-5): _

Escala WFNS** (Grado 1-5): _

***Escala Hunt y Hess**

1. Despierto, alerta, s/ alter PC o déficit, cefalea leve, mínima o nula rigidez de nuca
2. Despierto, alerta, cefalea m-s, rigidez de nuca, +/-PC, s/ déficit motor
3. Confuso/letárgico, +/- m-s déficit neurológico.
4. Estuporoso, déficit neurológico severo
5. Coma, flexión inapropiada o s/ resp motora

****Escala WFNS**

- Grado 1: GCS 15 // No déficit motor
Grado 2: GCS 14-13 // No déficit motor
Grado 3: GCS 14-13 // Si déficit motor
Grado 4: GCS 12-7 // Si/No déficit motor
Grado 5: GCS 6-3 // Si/No déficit motor

Neuroimagen

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

HSA Escala de Fisher modificada** (Grado 1-4): _

Asocia: Hematoma intracraneano Si No

Hidrocefalia Si No

Hemocisterna Si No

Otros. Si No Especifique: _____

AngioTAC: No Si Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

RNM: No Si Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

AngioRNM: No Si Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

** Escala de Fisher modificada:

0: s/HSA, s/ HIV

1: HSA fina, s/ HIV

2: s/HSA o HSA fina, c/ HIV

3: HSA gruesa, s/ HIV

4: HSA gruesa, c/ HIV

Datos de arribo a centro endovascular:

Fecha de arribo: ___/___/___ Hora de arribo: ___:___

Escala Hunt-Hess* (Grado 1-5): _

Escala de Glasgow: _ _

Asistencia respiratoria mecánica: Si No

Complicaciones asociadas: No Si

Neurológicas: No Si

Vasoespasmo Hidrocefalia Isquemia encefálica

Resangrado Otras Especifique _____

Médicas: No Si Especifique _____

MEDICO NEUROINTERVENCIONISTA

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Especialidad _____

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Inicio de procedimiento: Fecha: __/__/__ Hora: __: __

Fin de procedimiento: Fecha: __/__/__ Hora: __: __

Datos arteriográficos iniciales

Número total de aneurismas: __

Datos de aneurisma cerebral con ruptura:

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. Especifique: _____

Tamaño (diámetro en mm): __

Cuello: Estrecho Ancho
Especifique: _____

Vasoespasma asociado: No Si Localización: _____

Tratamiento endovascular: No Si

Tipo: Coiling
 Coiling asistido por balón
 Coiling asistido por stent
 Oclusión vascular terapéutica
 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 Si No
- Embolia distal No Si Trombótica Gaseosa Material de embolización
- Vasoespasma 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
- Otras 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

Hidrocefalia No Si

Vasoespasma No Si

Hematoma intraparenquimatoso No Si

Infarto cerebral No Si Territorio de tratamiento endovascular

Otra topografía

Especifique _____

Resangrado No Si

Crisis epiléptica No Si

Otra No Si

Especifique _____

Del Acceso vascular: No Si

Hematoma en sitio de punción Lesión vascular Otro 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 _____

CONTROL IMAGENOLOGICO POSTPROCEDIMIENTO

Tomografía de cráneo de control dentro de las primeras 24hrs: No Si

Fecha: ____/____/____

Resultado: Isquemia Hemocisterna
 HSA Hidrocefalia
 Hemorragia intraventricular Otros
 Hematoma

PROCEDIMIENTOS PENDIENTES

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

Neuroquirúrgico

Endovascular

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:

- Resumen de derivación desde centro de origen (de corresponder)
- Resumen de egreso de centro endovascular
- Informe de neuroimágenes pre y post procedimiento endovascular
- Informe/descripción de procedimiento endovascular (detallando procedimiento, dispositivos utilizados, eventuales complicaciones)
- Registro de hoja anestésica durante procedimiento.
- Sticker de dispositivos utilizados
- Imagen dinámica formato DICOM de neuroimágenes pre y post procedimiento, así como de procedimiento endovascular completo