

FORMULARIO DE SOLICITUD Y REALIZACION DE SESIONES POSTERIORES DE TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

Fecha de solicitud: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MEDICO SOLICITANTE (CENTRO ENDOVASCULAR)

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Especialidad _____

ANTECEDENTES:

No se requiere nuevo registro de antecedentes personales, familiares y de enfermedad actual ya ingresados en solicitud inicial.

Nuevos antecedentes a destacar desde solicitud inicial? No Si Especifique _____

SITUACION CLÍNICA ACTUAL

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

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: ___/___/___

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: _____

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

Vasoespasmos 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

Vasoespasmio 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:

- Resumen de Historia Clínica e Informe de planificación terapéutica
- Aval anestésico para procedimiento endovascular
- Informe de procedimiento endovascular (detallando procedimiento, dispositivos utilizados, eventuales complicaciones)
- Registro de hoja anestésica durante procedimiento.
- Resumen de egreso de centro endovascular
- Informe e imágenes dinámicas (formato DICOM) de neuroimágenes previas a tratamiento endovascular:
 - TC de cráneo/angioTC/ RNM/ angioRNM según corresponda
 - Arteriografía (indispensable)
- Imagen dinámica de procedimiento endovascular completo (debe incluir detalle de hora de inicio/fin de procedimiento y uso de dispositivos)
- Informe de estudio de neuroimagen de control post procedimiento