

Vigencia: Enero 2025 Página **1** de **4**

FORMULARIO DE SOLICITUD Y REALIZACION DE SESIONES POSTERIORES 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: 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:// | | | |



Vigencia: Enero 2025 Página **2** de **4**

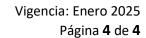
| PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA ENDOVASCULAR | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Embolización con objetivo obliteración total: ☐ No ☐ Si ☐ Única ☐ Secuencial | | | | | |
| Especificar: | | | | | |
| Embolización con objetivo paliativo: | | | | | |
| Especificar: | | | | | |
| Embolización dentro de terapia multimodal: No Si Especificar: | | | | | |
| MEDICO NEUROINTERVENCIONISTA | | | | | |
| N ^o 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 | | | | | |
| Complicaciones Médicas: □ No □ Si | | | | | |
| Cardiovasculares No Si Arritmia SCA Otras. Especifique | | | | | |



Vigencia: Enero 2025

Página **3** de **4**

| 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 | | | |
| Resangrado | | | |
| Del Acceso vascular: □ No □ Si | | | |
| ☐ Hematoma en sitio de punción ☐ Otros. Especifique | | | |
| Reintervención: □ No □ Si | | | |
| Especifique | | | |
| Médicas: □ No □ Si | | | |
| Cardiovasculares | | | |





| DATOS DE EGRESO DEL CENTRO ENDOVASCULAR: | | | | |
|------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|--|
| Fecha de eg | reso://_ Estac | do al alta: □ Vivo □ Fallecido | | |
| Destino: | □ Institución de origen | □ Otro. Especifique | | |
| | Nivel de atención: □ CTI | □ CI □ Cuidados Moderados | | |
| Escala de G | lasgow al egreso (0-15): | | | |
| Asistencia re | espiratoria mecánica: 🗆 No | □Si | | |
| mRS: □Si | □ No Puntaje (0-6): | | | |
| Considera | ciones que juzgue relevar | ntes: | | |

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