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: ___/___/___

INGRESO POR SISTEMA

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

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 ☐ No ☐ Si Especificar tipo y topografía: _____
Ruptura aneurismática/MAV ☐ Si ☐ No
Embolia distal ☐ No ☐ Si ☐ Trombótica ☐ Gaseosa ☐ Material de embolización
Vasoespasmo ☐ 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 _____

INGRESO POR SISTEMA

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
Vasoespasmo ☐ 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 _____

INGRESO POR SISTEMA

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:

INGRESO POR SISTEMA

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