



FICHA PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO DERIVADOR

Fecha: / /

Médico Derivador: Hospital:

Nombre y Apellido del Paciente:

Internado en: Piso: Cama

Historia Clínica N°: Edad: años Peso:.....kg. Altura: cm

Número de DNI./LE/LC:

FACTORES DE RIESGO (Marcar los que corresponda)

Dislipidemia	Tabaquismo	Sedentarismo	Diabetes	Homocisteína
Obesidad	Personalidad	Herencia	Sexo	HTA
				Gota

¿ES ALÉRGICO AL IODO? SI NO DESCONOCE

¿TIENE OTRO ANTECEDENTE ALÉRGICO? SI NO DESCONOCE

¿PRESENTA ALGUNA CONTRAINDICACION A LA PREMEDICACIÓN CORTICOESTEROIDES-
EFEDRINA Y ANTIHISTAMÍNICOS, ATROPINA, DIPIRONA?

ÚLCERA GD.	GASTRITIS HEMORRÁGICA	CUSHING	GLAUCOMA
------------	-----------------------	---------	----------

Fecha de última menstruación: / / Posibilidad de Embarazo. SI NO

ENFERMEDAD ACTUAL:

Para Cardiopatía Isquémica (Clasificación Braunwald)

ANGINA EN:

-Severidad: 1-Esfuerzo - Clase Funcional I II III IV

2-Reposo 2-30 días menos de 15 min más de 15 min.

3-Reposo dentro de las 48 hs. menos de 15 min. más de 15 min.

-Causa: A-Secundaria B-Primaria C-Post infarto

-Terapia: 1-Sin tratamiento 2-Tratamiento usual 3-Trat. máximo o completo

Para Insuficiencia Cardíaca CF I II III IV

Para Isquemia de Miembros (Inferiores Clasificación Fontaine):

Agudo Crónico
(Marcar lo que corresponda)

		MID	MII
Estadio IV	b Gangrena		
	a Ulcera (de origen arterial)		
Estadio III	Dolor reposo de origen arterial		
Estadio II b Claudicación intermitente: 200 mts.	evolutiva		
	invalidante		
	involutiva		

Para otras patologías:.....
.....

EXAMEN FISICO:

DATOS POSITIVOS:
ECG ACTUAL:
ECO:
HOLTER:
PEG:
CAMARA GAMMA:

MEDICACIÓN:

ANALISIS COMPLETOS: (Dentro del mes de realizados)

ORINA (consignar datos positivos).....
UREMIA:
HEMATOCRITO:
GLUCEMIA:
CREATININEMIA:
COAGULOGRAMA:

DIAGNÓSTICO:

EXAMEN SOLICITADO:

PACIENTES CON ANTICOAGULANTES:

- Si toma **Sintrom** consulta a su médico de Hemoterapia o Hematología.
- Si está con infusión de **Heparina Sódica**, suspender 6 horas antes del procedimiento.

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE:

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO:

Por motivos médico legales de no cumplimentar todos los requerimientos especificados en esta ficha el paciente será rechazado automáticamente.