



CUESTIONARIO SOBRE "CARDIOPATIA ISQUEMICA"

(a completar por el Médico Tratante)

Número de solicitud:

Nombre y Apellido del solicitante:

Fecha de Nacimiento del solicitante:

SE RUEGA COMPLETAR DETALLADAMENTE EL CUESTIONARIO CON LAS FECHAS Y ACLARACIONES CORRESPONDIENTES.

1 Por favor, indique cual es su diagnóstico.

2 Especifique fecha del diagnóstico.

Fecha de última consulta

3 ¿Padece el paciente alguno de estas enfermedades?

3-a ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS SI NO

3-b ANGINA DE PECHO INESTABLE SI NO

3-c DOLOR TORÁCICO SI NO

Observaciones:

Principalmente en reposo

Fechas

4 Tiene factores desencadenantes: SI NO

Observaciones:

5 ¿Tiene el paciente manifestaciones clínicas? SI NO

Si sus respuesta ha sido positiva, indique si son:

5-a Estables

5-b Intensidad creciente

5-c Intensidad decreciente

5-d Fecha del primer episodio.

5-e Fecha del último episodio.

Observaciones:

6 Ha padecido el solicitante INFARTO DE MIOCARDIO SI NO

Si su respuesta es afirmativa por favor indique:

6-a Silencioso

6-b Único

6-c Recidivante ¿cuantos?

6-d Fecha del último episodio

7 ¿Ha sufrido el paciente de complicaciones SI NO

Si su respuesta es afirmativa indique:

7-a Aneurisma ventricular

7-b Angina de pecho inestable

7-c Angor postinfarto

7-d Dolor anginoso persistente

- 7-e Fibrilación auricular persistente
- 7-f Insuficiencia mitral
- 7-g Signos o síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva
- 7-h Síndrome postinfarto actual
- 7-i Trastornos del ritmo
- 7-j Valvulopatía aórtica

8 ¿Padece o ha padecido el solicitante, Cardiomegalia, hipertrofia o dilatación cardiaca? SI NO

Si su respuesta es positiva marque lo que corresponda.

Ligera Moderada Marcada Severa

9 ¿Se encuentra el paciente en algún tratamiento médico actual? SI NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique lo siguiente:

- 9-a Derivados de nitratos. Desde
- 9-b Betabloqueantes Desde
- 9-c Anticoagulantes Desde
- 9-d Otros: Desde

10 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO * (cirugía cardiaca)

10-a BY - PASS aorto-coronario SI NO

Si su respuesta es SI, Indique de que tipo.

Fecha:

10-b ¿Ha tenido el paciente otra intervención? SI NO

Si su respuesta es positiva, por favor, indique cual:

Fechas:

10-c Indique cual fue el resultado operatorio.

Satisfactorio Aneurisma ventricular izquierdo persistente

Angina de pecho o dolor anginoso persistente Síndrome poscardiotomía actual

Obstrucción de los injertos

11 Por favor indique cual/es han sido los exámenes realizados en los últimos cinco años.

ECG * Reposo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	Fechas: <input type="text"/>			
ECG * Esfuerzo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	Fechas: <input type="text"/>			
Coronariografía:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	Fechas: <input type="text"/>			
Ventriculografía	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	Fechas: <input type="text"/>			
Ecocardiograma	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	Fechas: <input type="text"/>			
Radiografía de tórax	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	Fechas: <input type="text"/>			
Otros exámenes	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
	Fechas: <input type="text"/>			

Si alguna de sus respuestas ha sido afirmativa, además de detallar el resultado y la fecha, por favor, exprese sus observaciones.

Three empty rectangular boxes for notes or observations.

12 ¿Se prevé alguna operación o investigación especial? SI NO

Si su respuesta es afirmativa, indique:

12-a Cuales?

12-b Cuando?

12-c Observaciones

13 ¿Es el paciente fumador? SI NO

Si su respuesta es SI, indique la cantidad de cigarrillos, cigarros o habanos fuma el solicitante por día.

Por favor, indique que fuma el paciente

14 ¿Padece el paciente de Diabetes? SI NO

15 ¿Padece el paciente Hiperlipoproteinemia? SI NO

Si su respuesta es SI, indique:

15-a Colesterol Tasa:

15-b Triglicéridos Tasa:

16 ¿La profesión del solicitante implica una activada física intensa? SI NO

17 ¿Tiene el paciente que efectuar una limitación de la actividad física? SI NO

17-a Es provocada por:

Fatiga Palpitaciones Disnea Síncope Dolor Anginoso
Grado I Grado II Grado III Grado IV (N.Y.H.A.)

18 A su mejor saber. ¿Ha tenido el paciente ausencias del trabajo en los tres últimos años por enfermedades cardiovasculares? SI NO

19 ¿Conoce antecedentes familiares de enfermedad coronaria, Cerebrovascular o Arterial Periférica antes de los 60 años? SI NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor, marque en el casillero indicado

PADRE MADRE
HERMANO (S) HERMANA (S)

20 ¿Conoce Ud. algunos otros detalles relevantes que puedan afectar la Prognosis? SI NO

Si su respuesta es positiva, por favor detalle.

21 ESTATURA DEL PACIENTE cm. PESO Kgs.

22 Por favor, indique la presión arterial del paciente Sistólica
 Diastólica

¿Se encuentra el paciente bajo tratamiento? SI NO

Si su respuesta es SI, por favor indique bajo que tratamiento se encuentra el solicitante y mencione desde y/o hasta cuando

*** IMPORTANTE: SE RUEGA PROPORCIONAR CUALQUIER EXAMEN ANORMAL REALIZADO ASÍ COMO LOS ÚLTIMOS TRAZADOS ELECTROCARDIOGRAFICOS Y LAS CURVAS DE TOLERANCIA DE GLUCOSA (CTG) EFECTUADAS.**

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y sello del Médico
(Por favor detallar Nro. de matrícula)

Aclaración