

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido:..... Institución Cód. □□□□
Edad: Sexo: F M H.C. Nº.....
Cobertura Social Si Cobertura pública PAMI Obra Social
No
Educación 1º 2ª 3ª Analfabeto
Trabajo Activo Desocupado Jubilado

EVOLUCION HORARIA DEL ACV:

Fecha:...../...../...../ y	Hora de inicio de los síntomas
Déficit neurológico instalado al	Despertar <input type="checkbox"/> Incierto <input type="checkbox"/>
Fecha:...../...../...../ y	Hora de llamada
Fecha:...../...../...../ y	Hora de Atención de la Urgencia:.....
Traslado por sus propios medios	<input type="checkbox"/>
Hipotensores antes llegada al hospital	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Desconoce <input type="checkbox"/>
Fecha:...../...../...../ y	Hora de llegada al Hospital.....

EXAMEN CLÍNICO DE INGRESO:

Clínico Neurólogo Neurocirujano
Cardiólogo Emergentólogo Otro Especialista.....
Imagen TC Si No RM Si No
1ª TC Fecha/...../...../ Hora.....y/o RM Fecha/...../...../
Hora:.....

Normal

Lesiones previas Infarto Lesión microvascular (leucoaraiosis, microsangrado)

ACV isquémico **ACV** **Ataque isquémico transitorio**
Profundo Lacunar Lobar Hemisférico
Troncal Cerebeloso Otro.....

Hemorragia

Lenticular Talámica Pontina Cerebelosa Lobar y/o Intraventricular
Hemorragia subaracnóidea Otra.....

Valores al ingreso:

TAS TAD Tº Axilar..... Glucemia.....
Creatinina..... Natremia..... Kalemia.....

TERAPÉUTICA:

Fecha:...../...../...../ y Hora de inicio:.....

Tratamiento de Ingreso:

Fibrinolíticos (tPA) intravenoso Si No

Si no, por qué no?:

Fuera de ventana Contraindicado No dispone Otro.....

Fibrinolíticos Intra-arterial (tPA)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fibrinólisis mecánica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
AAS.	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Profilaxis de TVP	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Heparina sódica	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Heparina cálcica	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Enoxaparina	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		
Nadroparina	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		

Otras HBPM.....

SOLUCIONES PARENTERALES; Si No

Fisiológico Dextrosa Ringer Lactato Poligelinas

Manitol Soluciones hipertónicas

HIPOSENSORES Si No

IECA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Oral <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
BETA-BLOQUEANTES	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Oral <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
BLOQUEANTES CALCICO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Oral <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
DIURETICOS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Oral <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
NITROPRUSIATO DE SODIO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
NTG	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Anticonvulsivantes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Corticoides	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO QUIRURGICO Si No

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

HTA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desconocido <input type="checkbox"/>						
DBT	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desconocido <input type="checkbox"/>						
Hipercolesterolemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desconocido <input type="checkbox"/>						
Enf. Coronaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>			
Protesis válvular mecánica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>			
ENF. CEREBROVASCULAR FAMILIAR	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>			
ACV Previo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>			
Insuficiencia cardíaca	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desconocido <input type="checkbox"/>						
Fibrilación auricular	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desconocido <input type="checkbox"/>						
Enfermedad Arterial periférica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>			
Enfermedad carotídea > 50 %	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>			
Otros.....	Se desconoce <input type="checkbox"/>					
Sobrepeso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				

Tabaquismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ex tabaquista <input type="checkbox"/>
Anticonceptivos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>
Alcohol	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>
Drogas Ilícitas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>

DROGAS UTILIZADAS POR EL PACIENTE PREVIO A SU INGRESO

AAS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Clopidogrel	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
AAS + Dipidiramol	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros.....
IECA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
ARA II	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
BETA-BLOQUEANTES	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
BLOQUEANTES CALCICO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
DIURETICOS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
ESTATINAS	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
ANTICOAGULACION	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Dicumarínicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Nuevos anticoagulantes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Otra fármaco	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cual..... Motivo.....

OTROS EXAMENES COMPLEMENTARIOS DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 horas.

ECODOPPLER DE VASOS DE CUELLO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ECOCARDIOGRAMA DOPPLER BIDIMENSIONAL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ECODOPPLER TRANSESOFÁGICO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
HOLTER	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ANGIO TC DE CUELLO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ANGIO TC INTRACRANEANO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ANGIO RMN DE CUELLO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ANGIO RMN INTRACRANEANO	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
DOPPLER TRANSCRANEAL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
ARTERIOGRAFIA DIGITAL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

DESTINO:

Derivado Pase a Sala de Internación Unidad de STROKE Terapia Intensiva
 UCO Alta domiciliaria
 Alta Voluntaria Muerte