



Es necesario completar todos los ítems.

Datos del Médico interviniente

Apellido interviniente _____

Tel. Médico de contacto _____

Especialidad

Cirujano

Electrofisiólogo

Otro: _____

Datos del Paciente

Iniciales del paciente _____

Edad ____

Sexo

MASC

FEM

Indicación de extracción

Infección Decúbito bolsillo

Sepsis Mal funcionamiento

Otro: _____

Germen identificado: _____

si no corresponde completar con N/C

Dispositivo

Hay dispositivo?

SI NO

Si tildó "SI" completar:

CDI MCP TRC TRCD

Marca: _____

Recambios de generador:

Tiempo de implante de dispositivo actual: _____ (meses)

SI

NO

Procedimiento de extracción

Fecha ____ / ____ / ____

(día-mes-año)

-Sala

Quirófano

Hemodinamia

Electrofisiología

-Anestesia

Local

Local + NLA

General

-Con Stand By CCV

SI

NO



Instrumentación

Vainas Metálicas Teflón / polipropileno Láser Activas Sin vainas

Estiletes

Standard (de MCP) Fijador Cook-LIBERATOR Fijador Spectrantics-LLD
 Canastillas Lazos Pig Tail
 Guía retráctil Otro: _____

Abordaje

Cefálico Yugular Subclavio
 Femoral Toracotomía / esternotomía Combinado

Se reimplantó otro dispositivo?

En el mismo acto? SI NO

Si tildó "SI" completar: Permanente Transitorio
 Endocavitario Epicárdico

Complicaciones mayores? SI NO

Si tildó "SI" indique cuales:

Lesión cardíaca o vascular (debe requerir tubo dren, centesis, toracotomía o esternotomía)
 Stroke Muerte Otra: _____

Complicaciones menores? SI NO

Si tildó "SI" indique cuales:

Derrame pericárdico (S/ interv.) Hemotórax con o sin drenaje
 Neumotórax con o sin drenaje Reparó vascular del sitio
 Transfusión Migración de fragmento S/secuelas
 TEP Otra: _____



Resultados

- ÉXITO COMPLETO DEL PROCEDIMIENTO
(Remoción total de los dispositivos o materiales del espacio vascular sin presentar complicaciones permanentes o muerte)
- ÉXITO CLÍNICO DEL PROCEDIMIENTO (Remoción total o parcial (retención del lead de hasta 4 cm) pero sin impacto negativo: embolia, persistencia de la infección, perforación, etc.)
- FALLA (No Pudo cumplirse éxito clínico NI éxito del procedimiento o dejando incapacidad permanente o muerte)

Catéter Nro. 1

Descripción del catéter extraído

Marca: _____

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CDI | <input type="checkbox"/> MCP | <input type="checkbox"/> Tracción simple | <input type="checkbox"/> Extracción completa |
| <input type="checkbox"/> Extracción parcial | <input type="checkbox"/> Fracaso | <input type="checkbox"/> Estilete standard | |
| <input type="checkbox"/> Estilete Fijador | <input type="checkbox"/> Vaina | <input type="checkbox"/> Tiempo implante Catéter _____ (meses) | |

Catéter Nro. 2

Descripción del catéter extraído

Marca: _____

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CDI | <input type="checkbox"/> MCP | <input type="checkbox"/> Tracción simple | <input type="checkbox"/> Extracción completa |
| <input type="checkbox"/> Extracción parcial | <input type="checkbox"/> Fracaso | <input type="checkbox"/> Estilete standard | |
| <input type="checkbox"/> Estilete Fijador | <input type="checkbox"/> Vaina | <input type="checkbox"/> Tiempo implante Catéter _____ (meses) | |

Catéter Nro. 3

Descripción del catéter extraído

Marca: _____

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CDI | <input type="checkbox"/> MCP | <input type="checkbox"/> Tracción simple | <input type="checkbox"/> Extracción completa |
| <input type="checkbox"/> Extracción parcial | <input type="checkbox"/> Fracaso | <input type="checkbox"/> Estilete standard | |
| <input type="checkbox"/> Estilete Fijador | <input type="checkbox"/> Vaina | <input type="checkbox"/> Tiempo implante Catéter _____ (meses) | |

Catéter Nro. 4

Descripción del catéter extraído

Marca: _____

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CDI | <input type="checkbox"/> MCP | <input type="checkbox"/> Tracción simple | <input type="checkbox"/> Extracción completa |
| <input type="checkbox"/> Extracción parcial | <input type="checkbox"/> Fracaso | <input type="checkbox"/> Estilete standard | |
| <input type="checkbox"/> Estilete Fijador | <input type="checkbox"/> Vaina | <input type="checkbox"/> Tiempo implante Catéter _____ (meses) | |



Catéter Nro. 5

Descripción del catéter extraído

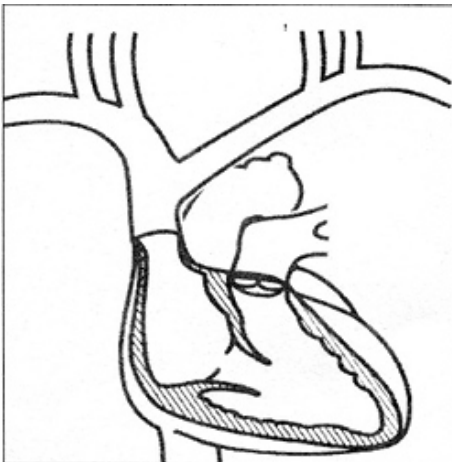
Marca: _____

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CDI | <input type="checkbox"/> MCP | <input type="checkbox"/> Tracción simple | <input type="checkbox"/> Extracción completa |
| <input type="checkbox"/> Extracción parcial | <input type="checkbox"/> Fracaso | <input type="checkbox"/> Estilete standard | |
| <input type="checkbox"/> Estilete Fijador | <input type="checkbox"/> Vaina | <input type="checkbox"/> Tiempo implante Catéter _____ (meses) | |

Nivel de adherencia

Indique el nivel de adherencia (fibrosis) del catéter electrodo durante la extracción:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vena Subclavia | <input type="checkbox"/> Vena innominada | <input type="checkbox"/> Vena cava superior |
| <input type="checkbox"/> Aurícula derecha | <input type="checkbox"/> Ventrículo derecho | |



Observaciones (opcional)
