



Formulário para solicitação de TAVI

Para que a avaliação da auditoria seja realizada mediante a documentação apresentada, se faz necessário o encaminhamento das seguintes informações complementares:

Idade do Paciente: _____ Sexo: Masculino Feminino
Altura (cm): _____ Peso (kg): _____
Creatinina: _____

| | | |
|--|-----|-----|
| Hemo Data-EF Feito | SIM | NÃO |
| Insuficiência cardíaca dentro de 2 semanas | SIM | NÃO |
| Race Documented | SIM | NÃO |
| RF-Renal Fail-Dialysis | SIM | NÃO |
| RF-Last Creat Level | SIM | NÃO |

Apresentação Cardíaca / Sintomas - na hora da admissão: _____

Sintomas cardíacos - no momento da cirurgia: _____

Prior MI: _____

ARRITMIA CARDÍACA

| | | |
|---|-----|-----|
| Doença pulmonar RF-crônica | SIM | NÃO |
| RF-Cerebrovascular Dis | SIM | NÃO |
| RF-Perteral Arterial Disease | SIM | NÃO |
| RF-Diabetes | SIM | NÃO |
| RF-Hypertension | SIM | NÃO |
| RF-Immunocompromise | SIM | NÃO |
| RF-Endocardite | SIM | NÃO |
| Anatomia coronariana / doença conhecida | SIM | NÃO |

STATUS

| ELETIVO | URGENCIA | EMERGENCIA | EMERGENTE | SALVAGE |
|---|----------|------------|-----------|---------|
| Ressuscitação (Até 1 hora ou entre 1 até 24 horas) | | | SIM | NÃO |
| Cardiogenic Shock (Durante o procedimento) | | | SIM | NÃO |
| DENTRO DAS PRIMEIRAS 24 HORAS, EXCLUINDO O MOMENTO DO PROCEDIMENTO? | | | SIM | NÃO |

| | | |
|----------------------------|-----|-----|
| IABP | SIM | NÃO |
| Meds-Inotropes | SIM | NÃO |
| Anterior Cardiac Intervent | SIM | NÃO |
| VD-Mitral | SIM | NÃO |
| VD-Aortic | SIM | NÃO |
| VD-Insuff-Mitral Trivial | SIM | NÃO |
| VD-Insuff-Tricuspid | SIM | NÃO |
| VD-Insuff-Aortic | SIM | NÃO |

INCIDÊNCIA

Primeira Cirurgia Cardiovascular
Primeira Reoperação Cardiovascular
Segunda Reoperação Cardiovascular
Terceira Reoperação Cardiovascular