

**SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EMERGENTES**  
**EVALUACION Y AUTORIZACION DE TECNOLOGIAS**

Par Patología - tecnología:

**INSUF. CARDIACA AGUDA - CORAZON ARTIFICIAL O DAV**

**Datos del Beneficiario**

Nro Solicitud \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nro Afiliado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**Justificación del tratamiento:**

SHOCK CARDIOGENICO REFRACTARIO

SI

NO

INSUF. CARDIACA AGUDA SECUND A MIOCARDITIS

SI

NO

**Parámetros de efectividad:**

MORTALIDAD PERIPROCEDIMIENTO

SI

NO

MORTALIDAD DENTRO DE LOS 30 DIAS

SI

NO

TIEMPO DE SOBREVIDA

CAPACIDAD FUNCIONAL Y/O CALIDAD DE VIDA

**Parámetros de Seguridad:**

COMPLICACIONES PERIPROCEDIMIENTO (especificar)

SI

NO

ARRITMIAS

SI

NO

INFECCIONES

SI

NO

TROMBOSIS VENOSA

SI

NO

**OTROS:**

**Observaciones:**

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO

**SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EMERGENTES**  
**EVALUACION Y AUTORIZACION DE TECNOLOGIAS**

Par Patología - tecnología:

**ANEURISMA DE A. ABDOMINAL/TORACICA - ENDOPROTESIS**

**Datos del Beneficiario**

Nro Solicitud \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nro Afiliado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Especificación: \_\_\_\_\_

ABDOMINAL / TORACICA

**Justificación del tratamiento:**

Posibilidad de realizar Cx a cielo abierto	SI	NO
Infarto de miocardio agudo o reciente	SI	NO
Angina inestable (CF III o IV)	SI	NO
Arritmias significativas (especificar) _____	SI	NO
Enfermedad Valvular severa	SI	NO
EPOC	SI	NO
Riñon en herradura (solo para abdominal)	SI	NO
IRC en diálisis	SI	NO
insuficiencia hepatica	SI	NO
Trasplante de organos	SI	NO
Abdomen hostil	SI	NO
Torax hostil	SI	NO

Dilatación de la Aorta (en cm) \_\_\_\_\_

*Se adjunta estudio de imágenes donde se evidencia el aneurisma*

**Parámetros de efectividad:**

MORTALIDAD PERIPROCEDIMIENTO	SI	NO
MORTALIDAD DENTRO DE LOS 30 DIAS	SI	NO
TIEMPO DE SOBREVIDA	_____	_____
CAPACIDAD FUNCIONAL Y/O CALIDAD DE VIDA	_____	_____

**Parámetros de Seguridad:**

COMPLICACIONES PERIPROCEDIMIENTO (especificar)	SI	NO
_____	SI	NO
INSUFICIENCIA RENAL	SI	NO
INFECCIONES	SI	NO

**OTROS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO

**SISTEMA DE TUTELAJE DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EMERGENTES**  
**EVALUACION Y AUTORIZACION DE TECNOLOGIAS**

Par Patología - tecnología:

**ESTENOSIS AORTICA - VALCULA AORTICA PROTESICA PARA  
IMPLANTE PERCUTANEO**

**Datos del Beneficiario**

Nro Solicitud \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nro Afiliado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**Justificación del tratamiento:**

IMPOSIBILIDAD DE RECAMBIO VALVULAR TRADICIONAL	SI	NO
ELEVADO RIESGO QUIRURGICO	SI	NO
ANILLO AORTICO ENTRE 18 Y 29 mm	SI	NO
EXPECTATIVA DE VIDA MAYOR A 1 AÑO	SI	NO
AUSENCIA DE TROMBOS EN V.I., ENDOCARDITIS O RIESGO DE OBSTRUCCION	SI	NO
FRACCION DE EYECCION MAYOR AL 20%	SI	NO

**Parámetros de efectividad:**

MORTALIDAD PERIPROCEDIMIENTO	SI	NO
MORTALIDAD DENTRO DE LOS 30 DIAS	SI	NO
TIEMPO DE SOBREVIDA	_____	_____
CAPACIDAD FUNCIONAL Y/O CALIDAD DE VIDA	_____	_____

**Parámetros de Seguridad:**

COMPLICACIONES PERIPROCEDIMIENTO (especificar)	SI	NO
MAL POSICIONAMIENTO DEL DISPOSITIVO	SI	NO
NECESIDAD DE COLOCACION DE MARCAPASOS	SI	NO
BLOQUEO AV COMPLETO	SI	NO
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	SI	NO

**OTROS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO