OSPOCE
Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

Fecha: ...../..... /.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: .....Tel.:.....

DNI: ..... Edad: .....

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Fecha de diagnóstico: ...../..... /.....

- ☐ Ecocardiograma transesofágico
- ☐ Ecodoppler color
- ☐ Ergometría
- ☐ Estudio de perfusión miocárdica
- ☐ Estudio Hemodinámico
- ☐ Determinación del riesgo quirúrgico por STS o Euroscore Logístico.
- ☐ Estenosis aórtica severa con contraindicación de reemplazo valvular aórtico convencional, debido a un elevado riesgo quirúrgico (STS>10 % o Euroscore logístico >20%)
- ☐ Anillo aórtico entre 18 y 29 mm
- ☐ Expectativa de vida mayor a 1 año (ausencia de enfermedades terminales o severas sin posibilidad de curación)
- ☐ Ausencia de trombos en ventrículo izquierdo, endocarditis ni condiciones con alto riesgo de obstrucción del ostium coronario
- ☐ No presentar válvula aórtica bicúspide
- ☐ Fracción de eyección mayor al 20%

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Detallar antecedentes, ampliar fundamentos diagnóstico y fundamento del uso de la tecnología requerida, tratamientos previos recibidos, etc)

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

PROTOCOLO ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

INDICACIÓN MÉDICA (Pedido de insumos para la resolución de la patología)

INSTITUCIÓN Y FECHA POSIBLE DE PRÁCTICA

INFORMACIÓN DE RESULTADO (Completar luego de realizado el procedimiento)

- ☐ Mortalidad dentro de los 30 días
- ☐ Necesidad de marcapasos transitorio
- ☐ Otras complicaciones
- ☐ Clase funcional post-implante

Apellido y Nombre:_____

Matrícula nacional N°:_____ Matrícula provincial: N°:_____

Mail:_____

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

INSTRUCTIVO ESTENOSIS VALVULAR AÓRTICA

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa su pedido médico deberá cumplir con los siguientes requisitos:

• Protocolo Estenosis Valvular Aórtica original o en copia, completo en todos los campos con detalle de resumen de historia clínica.

• Prescripción médica original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

• Copia de informe de estudios avalatorios de la patología.

• En el caso particular de discapacidad, deberá adjuntar la copia del certificado correspondiente.

• Podrá realizar la presentación digital a la casilla protesis-ame@ospoce.com.ar indicando nombre completo y número de DNI, los archivos deben ser escaneados en formato PDF, de manera clara y legible, no se aceptan fotos.

• En caso de realizar la solicitud vía mail, deberá conservar los originales ya que eventualmente podrán ser requeridos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

• La solicitud de la prótesis debe ser hecha con la suficiente antelación para permitir la entrega del material en tiempo y forma, la Obra Social no se responsabilizará por los pedidos entregados sobre la fecha de intervención.

• Protocolo Estenosis Valvular Aórtica original o en copia, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica post tratamiento.

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o SIGLA:_____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto:_____