

Lista de Verificação para Avaliação de Candidatos ao Tratamento Percutâneo de Aneurisma de Aorta Abdominal e Torácica

Nome do Paciente:

Nome e nº CRMMG do Médico Solicitante:

Hospital:

Sexo:

masculino
feminino

Idade:

Co-morbidades:

Doença neoplásica (estagiar), doença psiquiátrica grave (DSM4), valor do CD4 em portadores de SIDA/AIDS e outras de natureza grave e prognóstico reservado.

Localização do aneurisma:

infra-renal
supra-renal
acomete artéria renal
torácica

Indicação do tratamento:

> 5,5 cm
> 4,5 cm com crescimento rápido
sintomático
outro

(especificar): _____

Classe de risco cirúrgico

ASA:

RCRI (*Revised Cardiac Risk Index*):

Dados anatômicos (angioTC)

Extensão do colo proximal:

Diâmetro do colo proximal:

Angulação em relação a aorta:

Forma do colo proximal cônico: sim não

Calcificação do colo maior de 2/3: sim não

Diâmetro da artéria ilíaca D: Diâmetro

da artéria ilíaca E: Tortuosidade das
ilíacas: sim não Calcificação das

ilíacas: sim não

Trombo circunferencial no colo: sim não

Localidade, em _____ de _____ de _____

Assinatura do Médico Solicitante