



Gobierno de Entre Ríos

5092

RESOLUCIÓN N° M.S.-
R.U. N° 2.425.049.-

PARANÁ, 16 DIC 2020

VISTO:

Las presentes actuaciones por las cuales se interesa la aprobación de las "Fichas de Relevamiento para la atención del Infarto Agudo de Miocardio (IAM)", presentada por la COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES de este MINISTERIO; y

CONSIDERANDO:

Que las mencionadas fichas tienen por objeto el registro enmarcado en el fortalecimiento de la red de atención de IAM, para mejorar la calidad de atención, reducir complicaciones y la mortalidad por esta causa;

Que la DIRECCIÓN GENERAL DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN y la DIRECCIÓN GENERAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, ambas de este MINISTERIO, han tomado su debida intervención;

Que la DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS de este MINISTERIO, ha tomado intervención de competencia;

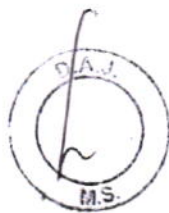
Por ello;

LA MINISTRA SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar las "Fichas de Relevamiento para la atención del Infarto Agudo de Miocardio (IAM)", presentada por la COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES de este MINISTERIO, que adjunta forma parte de la presente Resolución, las cuales tienen por objeto el registro enmarcado en el fortalecimiento de la red de atención de IAM, para mejorar la calidad de atención, reducir complicaciones y la mortalidad por esta causa, en virtud a lo expresado en los considerandos precedentes.-

ARTÍCULO 2°.- Comunicar, publicar, y archivar.-
CM.-



ESTABLECIMIENTO:.....

CODIGO SISA/REFES:..... **IAM Entre Ríos**

Datos Filiatorios

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:.....

DNI:.....

Dirección:

Localidad:.....

Obra Social:.....

Atención Prehospitalaria de IAM

Fecha:.....

▶ Hora de inicio de los síntomas según el paciente:

▶ Hora de ingreso:

▶ Hora de Primer ECG:

▶ ¿Se administró ASPIRINA? SI ___ NO___ ¿Clopidogrel? SI ___ NO___

Traslado

▶ Hora de inicio de Traslado:

▶ Hora de llegada a centro de mayor complejidad:.....

Atención Hospitalaria

▶ Hora de Inicio de Trombolíticos:

(no llenar si no corresponde)

▶ Hora de valoración de criterios de reperfusión:

(no llenar si no corresponde)

Hora de 2° ECG: Trombolíticos exitosos: Si / No

CENTRO CON HEMODINAMIA:..... FECHA:.....

Angioplastia de rescate/estrategia farmacoinvasiva:Si / No

Angioplastia primaria: Si / No

▶ Hora de Inflado de balón en Hemodinamia:

▶ Tiempo en minutos puerta-balón: (SOLO SI ES APTC1°)

▶ Flujo de TIMI epicárdico inicial: (valor de 0 al 3).....

▶ Flujo de TIMI epicárdico final:(valor de 0 a 3).....

.....

Firma y sello



ESTABLECIMIENTO:.....

CODIGO SISA/REFES:.....

FICHA ALTA**Datos Filiatorios**

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:..... DNI:.....

Dirección:

Localidad:.....

ALTA hospitalaria de IAM**Fecha:.....**▶ **TRATAMIENTO REALIZADO:**

TROMBOLITICO: SI / NO

ANGIPLASTIA DE RESCATE / FARMACOINVASIVA: SI / NO

ANGIOPLASTIA PRIMARIA: SI / NO

▶ Localización del Infarto:

▶ Función Ventricular:

▶ Complicación durante la internación: SI / NO (marcar con circulo lo que corresponde)

ICC SHOCK CARDIOGENICO BLOQUEO A-V (que requirió MCP) ANGOR POSTIAM

OTRO:

▶ **TRATAMIENTO AL ALTA**

Antiagregante:.....(con dosis)

Estatinas:(con dosis)

Betabloqueante:.....(con dosis)

IECA / ARAII:(con dosis)

OTRO:.....

➔ Se indica Rehabilitación Cardiovascular: ¿Se programa turno para comenzar la misma? SI / NO

➔ Paciente tabaquista: SI / NO ¿Quedó registrada la consejería para cese tabáquico en la HC? SI / NO

CONTRAREFERENCIA (NOMBRE DEL EFECTOR DEL ÁREA.....
Firma y sello

5092



Ministerio de
SALUD
Gobierno de Entre Ríos

ESTABLECIMIENTO:.....

CODIGO SISA/REFES:..... **Ingreso Efecto Sin Hemodinamia**

Datos Filiatorios

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

DNI: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Obra Social: _____

Atención Prehospitalaria de IAM Fecha:.....

▶ Hora de inicio de los síntomas según el paciente: _____

▶ Hora de ingreso: _____

▶ Hora de Primer ECG: _____

▶ ¿Se administró ASPIRINA? SI ___ NO ___ ¿Clopidogrel? SI ___ NO ___

Traslado

▶ Hora de inicio de Traslado: _____

▶ Hora de llegada a centro de mayor complejidad: _____

Atención Hospitalaria

▶ Hora de Inicio de Trombolíticos: _____ (no llenar si no corresponde)

▶ Hora de valoración de criterios de reperfusión: _____ (no llenar si no corresponde)

Hora de 2° ECG: _____ Trombolíticos exitosos: Si / No

.....
Firma y sello

**DEBE DEJAR UNA COPIA COMPLETA DE ESTA FICHA EN EL EFECTOR AL CUAL
DERIVA SU PACIENTE**