Formato de Registro ECLS

# Organización de soporte de vida extracorpóreo (ELSO)

##  **Por favor referirse al registro de datos de la ELSO para detalles**

Único DNI: Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (incluir tiempo por neonatos)

Sexo: (M, F, desconocida) Raza: (asiática, Negro, Hispano, Blanco, Medio Oriental o Norte

Americano, Nativo Pacífico Isleño, Otro, Desconocido)

**Información de corridas (runs)**

Fecha y hora entrada ECLS: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha/Hora salida ECLS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de soporte  Cardiaco

  Pulmonar

  ECPR

Corrida No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Talla (cm)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intubación: Ventilación invasiva:

 Si, fecha conocida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si, nueva fecha , hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Traqueostomía preexistente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ventilación previa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si , Fecha estimada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si, fecha y hora estimada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si, fecha desconocida  Si, fecha y hora desconocida

 No  No

**Hemodinamia (Mas cercana al inicio del ECLS , idealmente no mayor a 6 horas )**

|  |  |
| --- | --- |
| Gasometría: Más cercano, no mayor a 6 horas antes de inicio ECLS | Programación ventilación mecánica: más cercano, no mayor a 6 horas antes de inicio ECLS |
| Fecha y hora:  | Paciente no ventilado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FiO2 (en ABG empate): (%) | Fecha y hora:  |
| Lactato:  | Modo ventilatorio :  |
| pH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Desconocido?\_\_\_\_\_\_\_\_ | Frecuencia /Hz:  |
| PaCO2:  | PIP/Ampl:  |
| PaO2:  | PEEP:  |
| HCO3: \_\_\_\_\_\_\_¿Desconocido?\_\_\_\_\_\_\_\_ | PAM:  |
| SaO2(%):  | Ambú: \_\_\_\_\_S \_\_\_\_N \_\_\_\_\_Desconocido |
| SpO2 (%):  | (Seleccione si el soporte con ambú fue comenzando en las 6 horas previas al ECLS Y continuo al tiempo de canulación) |

**Evaluación pre ECLS**

**Solo para paciente neonatal**

Peso de nacimiento (kg) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad gestacional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APGAR ( 1 min) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( Vaginal, Cesárea de emergencia o electiva, desconocido)

APGAR ( 5 min) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad materna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HDC  Si  No  Desconocido Diagnóstico prenatal de HDC  Si  No  Desconocido

Lado de HDC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( derecha , izquierda , bilateral , desconocido)

Reparo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( Ninguna , Pre ECLS, en ECLS , Post ECLS )

Fecha y hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presión arterial desconocida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presión arterial Sistólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diastólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SvO2\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PAP ( presión arterial pulmonar) Sistólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diastólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_\_\_\_\_ IC \_\_\_\_\_\_\_\_\_ PCP

**Soporte Pre ECLS**

Fecha y hora de ingreso hospitalario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Transportado en ECMO  Transportado sin ECMO  No transportado  Desconocido

Pre-ECLS parada cardiaca  Si  No  Desconocido

Puente a trasplante  Si  No  Desconocido

ECLS por trauma  Si  No  Desconocido

 Berlin Heart  BiVAD  Marcapaso  Bypass cardiopulmonary  Balon intraartico LVAD

 Dispositivos de asistencia ventricular percutáneo  RVAD

Soporte cardiaco ( seleccione los insertados en las 24 horas previas al ECLS)

 Anestésicos inhalados  Epoprostenol (> horas)  Óxido nítrico inhalado  Ventilación liquida Plasmaféresis

  Pronación > 16 horas  Terapia de reemplazo renal  Surfactante  Hipotermia terapéutica < 35 C

Soporte renal, pulmonar ( seleccione los insertados en las 24 horas previas al ECLS)

|  |  |
| --- | --- |
| Gasometría:  | Programación ventilación mecánica:  |
| Fecha y hora:  | Paciente no ventilado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| FiO2 (en ABG empate): (%) | Fecha y hora:  |
| Lactato:  | Modo ventilatorio :  |
| pH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Desconocido?\_\_\_\_\_\_\_\_ | Frecuencia /Hz:  |
| PaCO2:  | PIP/Ampl:  |
| PaO2:  | PEEP:  |
| HCO3: \_\_\_\_\_\_\_¿Desconocido?\_\_\_\_\_\_\_\_ | PAM:  |
| SaO2(%):  | Ambú: \_\_\_\_\_S \_\_\_\_N \_\_\_\_\_Desconocido |
| SpO2 (%):  |  |

**Evaluación ECLS**

 Dobutamina  Dopamina  enoximone  epinefrina esmolol  Levosimendán  Metaraminol  Metoprolol

  Milrinone  Nicardipino  Nitroglicerina  Nitroprusiato  Noradrenalina  Fenilefrina  Tolazoline  Vasopresina

Infusiones de vasoactivos ( seleccione los insertados en las 24 horas previas al ECLS)

 Alprostadil  Bicarbonato IV  Epoprostenol ( todos los análogos sintéticos de prostaciclinas)  Narcóticos

  Bloqueo neuromuscular  Sildenafil  Esteroides sistemicos  THAM

Medicamentos excluyendo los vasoactivos ( seleccione los insertados en las 24 horas previas al ECLS)

Fecha y hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presión arterial desconocida

Presión arterial Sistólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diastólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SvO2\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PAP ( presión arterial pulmonar) Sistólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diastólica \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_\_\_\_\_ IC \_\_\_\_\_\_\_\_\_ PCP

**Hemodinamia (Cercano a 24 )**

Flujo sanguíneo de bomba (L/min)

Flujo de bomba a las 4 horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Flujo de bomba a las 24 horas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuidado Durante ECLS**

Unidad donde recibió la mayoría del cuidado de ECLS

Adulto Medicamento UCI

Adulto Quirúrgico UCI

Adulto Cardíaco UCI

Adulto Cardiovascular UCI

ECLS UCI

Emergencia Departamento

Quemadura UCI

Mezclado UCI

Por favor ver la Datos Definiciones documento para específico los campos' definiciones

Localización de cánulas para el modo inicial de ECLS

ECLS Inicio Fecha/Hora: ECLS finalización 3 Fecha y hora:

ECLS modo: V-A (venoarte3rial) VV(Veno’venoso) V-VA (Veno - venoarterial) A-VCO2R

 VV-ECO2R Otro Desconocido

Modo inicial de ECLS

**Modo y canulacion**

|  |  |
| --- | --- |
| Nivel de Movilización en día 7 de ECLS (>8 años) | Máximo Nivel Logrado Durante ECLS (>8 años) |
| 1. Ninguna ( acostado en cama)
2. Sentado en cama, ejercicios en cama
3. Movimientos pasivos en silla
4. Sentado al borde de cama

4 De pie ( con o sin asistencia)  5 paso cama silla 1. Marcha sobre punto (en cabecera)
2. Caminar con ayuda de 2 o más personas 8 8Caminando con asistencia de 1 persona
3. Caminando independientemente con un apoyo
4. Caminando independientemente sin ayuda
 | 1. Ninguna ( acostado en cama)
2. Sentado en cama, ejercicios en cama
3. Movimientos pasivos en silla
4. Sentado al borde de cama

4 de pie ( con o sin asistencia)  5 paso cama silla 1. Marcha sobre punto (en cabecera)

 7Caminar con ayuda de 2 o más personas 8Caminando con asistencia de 1 persona 9Caminando independientemente con un apoyo  10Caminando independientemente sin ayuda  |

Alimentación enteral Fecha y hora ( Iniciado y continuado por al menos 2 días)

Nutrición y movilidad

Neonatal UCI

Pediátrico UCI

Pediátrico Cardíaco UCI

 Quirófano/Cate Laboratori o iniciado por ¿procedimiento? Sí No

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cánula #1** | **Canula#2** | **Cánula #3** | **Cánula #4** | **Cánula #5** |
| Nota: Veces será autocompletar con tiempo sobre y apagado ECLS.Solamente anote nuevo fecha y hora por cánulas colocado/retirado durante la corrida. |
| Comienzo Fecha y hora |  |  |  |  |  |
| Fin Fecha y hora |  |  |  |  |  |
| Fabricante |  |  |  |  |  |
| Aguja Modelo/Tamaño |  |  |  |  |  |
| ¿Preexistente? |  |  |  |  |  |
| ¿Percutáneo? |  |  |  |  |  |
| Sitio (Nota Si drenaje S/N) |  |  |  |  |  |
| ¿Reemplazado? |  |  |  |  |  |
| ¿Razón? |  |  |  |  |  |

**Equipo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Membrana**  | **#1** | **#2** | **#3** |
| Comienzo Fecha y hora |  |  |  |
| Fin Fecha y hora |  |  |  |
| Fabricante |  |  |  |
| Dispositivo |  |  |  |
| Membrana ¿Reemplazado?¿Razón? |  |  |  |
|  **Bomba** | **#1** | **#2** | **#3** |
| Comienzo Fecha y hora |  |  |  |
| Fin Fecha y hora |  |  |  |
| Fabricante |  |  |  |
| Dispositivo |  |  |  |
| Bomba ¿Reemplazado?¿Razón? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otro Equipo** | **Fabricante** | **Dispositivos** |
| Calor intercambiador |  |  |
| hemofiltro |  |  |
| Temperatura Regulación Dispositivo |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Membrana**  | **#4** | **#5** | **#6** |
| Comienzo Fecha y hora |  |  |  |
| Fin Fecha y hora |  |  |  |
| Fabricante |  |  |  |
| Dispositivo |  |  |  |
| Membrana ¿Reemplazado?¿Razón? |  |  |  |
| **Bomba** | **#4** | **#5** | **#6** |
| Comienzo Fecha y hora |  |  |  |
| Fin Fecha y hora |  |  |  |
| Fabricante |  |  |  |
| Dispositivo |  |  |  |
| Bomba ¿Reemplazado?¿Razón? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otro Equipo** | **Fabricante** | **Dispositivo** |
| Calor intercambiador |  |  |
| hemofiltro |  |  |
| Temperatura Regulación Dispositivo |  |  |

ECLS Inicio Fecha/Hora: ECLS/Modo fecha de suspensión Fecha y hora:

Duplique la página según el numero de cambios

Adicione nueva conversión (Esta sección será utilizada solo para conversiones-Debe anotar la fecha y hora de suspensión del modo inicial\*)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ECLS modo : | V-A (venoarterial) | VV (Venovenoso) | V-VA (Veno venoarterial) | A-VCO2R |
|  | VV-ECCO2R | Otro | Desconocido |  |
| Localización de cánulas para este modo de ECLS |
|  | **Cánula #1** | **Cánula #2** |  **Cánula #3** | **Cánula #4** | **Cánula #5** |
| Nota: Los tiempos se completarán automáticamente con el tiempo de inicio y suspensión de ECLS. Solamente Nota nuevo fecha y hora por cánulas insertadas durante la corrida |
| Comienzo Fecha y hora |  |  |  |  |  |
| Fin Fecha y hora |  |  |  |  |  |
| Fabricante |  |  |  |  |  |
| Aguja Modelo/Tamaño |  |  |  |  |  |
| ¿Preexistente? |  |  |  |  |  |
| ¿Percutáneo? |  |  |  |  |  |
| Sitio (Nota Si drenaje S/N) |  |  |  |  |  |
| ¿Reemplazado? |  |  |  |  |  |
| ¿Razón? |  |  |  |  |  |

Fecha y hora de inicio ECLS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha y hora de finalización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modo de ECLS: V-A ( veno arterial)  VV ( veno-venoso)  V-VA (veno veno arterial)

*  VV- ECCO2R  otro  Desconocido

Agregue otro modo de conversión( Esta sección es solo para modo de conversiones debe entrar la fecha de finalización de modo previo

|  |
| --- |
| **Cánulas insertadas para este Modo de ECLS** |
|  |  **Canula#1** | **Cánula #2** | **Cánula #3** | **Cánula #4** |  **Cánula #5** |
| Nota: Los tiempos se completarán automáticamente con el tiempo de encendido y apagado de ECLS. Solamente Nota nuevo fecha y hora por cánulas metido durante la corrida666. |
| Comienzo Fecha y hora |  |  |  |  |  |
| Fin Fecha y hora |  |  |  |  |  |
| Fabricante |  |  |  |  |  |
| Aguja Modelo/Tamaño |  |  |  |  |  |
| ¿Preexistente? |  |  |  |  |  |
| ¿Percutáneo? |  |  |  |  |  |
| Sitio (Nota Si drenaje S/N) |  |  |  |  |  |
| ¿Reemplazado? |  |  |  |  |  |
| ¿Razón? |  |  |  |  |  |

##  Diagnóstico Primario: (marcar como primario)

**ICD-10 Diagnostico**

|  |
| --- |
| Diagnósticos secundarios: (ilimitado) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **¿Estimado?****S/N** | **Código/Procedimiento** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Ingresar múltiples complicaciones del mismo tipo por 'agregar nueva complicación' con nueva fecha/hora.*

**Complicaciones de ECLS ( Refiérase los datos de definiciones para detalles específicos)**

*Complicaciones que 'continúen' por varios días solamente necesitan la primera fecha de ocurrencia.*

**CPT Códigos de procedimientos** (Incluya todos los procedimientos relevantes al paciente incluso si fueron previos a esta admisión)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Mecánico** | **Definición** |
|  |  Falla de oxigenador  | *Necesidad de cambio por formación de trombo o falla en el intercambio de gas o fuga plasmática.* |
|  | Fallo de Bomba  | *Requiere asistencia manual o cambio de bomba* |
|  |  Ruptura de tubería | *Cuando se usa rodillo , la ruptura de tubería*  |
|  | Ruptura de otra tubería | *Ruptura de tubería del ECLS* |
|  | Problemas de cánula | *Requerir intervención (reposición o intercambio) , desalojo, reemplazo por coágulos/fibrina, falla meca nica o posición inadecuada , falla mecánica o posición inadecuada* |
|  | Cambio de Circuito  | *Todo el circuito (con excepción de las cánulas) cambiado debido a la formación de coágulos o falla mecánica* |
|  | Funcionamiento defectuoso del intercambiador de calor | *Funcionamiento defectuoso del intercambiador de calor principal . Cambio involuntario hipotermia <35 C o hipertermia >39* |
|  | Componentes el circuito: Trombosis/coágulos:  | *Componente del circuito (p.ej pigtails, conectores, puente, tubería arterial o venoso )**requiriendo cambio vencer para coágulo formación o mecánico falla* |
|  | H88emofiltro coágulos  | *coágulos en hemofiltro que requiere cambio o falla*  |
|  | Aire en Circuito | *Requiere intervención del circuito intervención o clampeo por detección de aire en el circuito, alarma, visualización de aire, entrada de aire al paciente* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Hemorragia** | **Definición** |
|   | Hemorragia Gastrointestinal | *Hemorragia de vías digestivas superior o inferior que requiera trasfusión de glóbulos rojos (>20mL/Kg/24 hrs) o 3 unidades de GRE/24 hrs en neonatos o pediátricos o > 3 unidades en 24 horas en adultos y/o intervención endoscópica y/o intervención con agente hemostático.*  |
|  | Sangrado en sitio de canulación periférica | *Seleccione esta complicación Si hay sangrado en sitio de canulación periférico como el cuello, ingle, o axila.*Sangrado en sitio de canulación periférica que requiere trasfusión de glóbulos rojos *(>20ml/kg/24 hrs o > 3U GREs/24 hrs en neonatos y pediatría o > 3U GRE/24 hrs en adultos) y/o, intervención quirúrgica (incluye uso de hemostáticos intravasculares)**El sitio de inserción de cánula de reperfusión también cuenta como canulación periférica periférico canulación sitio.* |
|  | Sitio Sangrado en canulación central mediastino | *Seleccione esta complicación Si el sangrado de cánulas es a través del mediastino.**Canulación central , es colocada a través de mediastino. Sangrado en el sitio de canulación mediastínica que requiere Transfusión de GRE (>20 ml/kg/24 horas o > 3U de GRE/24 h en neonatos y pediatría o > 3U GRE/24 horas en adultos, y/o intervención quirúrgica* |
|  |  Sangrado en sitio quirúrgico | *Seleccione esta complicación si es diferente a la zona de inserción periférica o central de cánulas ( ejemplo traqueostomía)**Sangrado en el sitio de canulación mediastínica que requiere Transfusión de GRE (>20 ml/kg/24 horas o > 3U de GRE/24 h en neonatos y pediatría o > 3U GRE/24 horas en adultos, y/o intervención quirúrgica* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Neurológico** | **Definición** |
|  | Muere cerebral | *Seleccione esta complicación si un paciente ha sufrido muerte cerebral hay determinación neurológica de muerte.*Por favor referirse para Datos Definiciones por específico criterios. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Neurológico** | **Definición** |
|  | Muere cerebral | *Seleccione esta complicación si un paciente ha sufrido muerte cerebral hay determinación neurológica de muerte.*Por favor referirse para Datos Definiciones por específico criterios. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Neurológico** | **Definición** |
|  | Isquemia difusa de SNC (TAC/RM) | *TAC o resonancia magnética demostrando difuso isquémicos cambios* |
|  | Infarto SNC  (TAC o resonancia magnética) | *TAC o resonancia magnética demostrando con isquemia localizada* |
|  | Hemorragia intraparenquimatosa intra/extra del SNC . | *Puede ser intraparenquimatoso, subdural o subaracnoideo* |
|  | Hemorragia intraventricular SNC enTAC o resonancia magnética) | *>= Grado 2 HIV en ultrasonografía , TAC o resonancia magnética cerebral* |
|  | Intervención neuroquirúrgica  | *Procedimiento neuroquirúrgico o realizado durante ECLS (p.ej monitor de presión intracraneal, drenaje ventricular externo, craneotomía)* |
|  |
| **Fecha y hora** | **Renal** | ***Definición*** |
|  | Creatinina 1.5 – 3.0 | *Después del inicio ECMO, paciente que presenta aumento de la creatinina en suero entre 1.5- 3.0* |
|  | Creatinina > 3.0 | *Después del inicio ECMO, paciente que presenta aumento de la creatinina en suero >3.0* |
|  | Requerimiento de terapia de reemplazo renal  | *Diálisis Peritoneal (PD), Hemodiafiltración Venovenosa Continua (CVVHD), Hemofiltración Venovenosa Continua (CVVHF) o Venovenosa Continua hemodiafiltración (CVVHDF) o Hemodiálisis (HD) .* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Cardiovascular** | ***Definición*** |
|  | Requerimiento RCP  | *Compresiones toracicasy resucitación cardiopulmonar durante la corrida de ECLS*  |
|  | Cardíaco Arritmia | *Requerimiento de antiarrítmico en infusión, sobreestimulación con marcapaso, cardioversión o desfibrilación* |
|  | taponamiento (no sangre) | *taponamiento durante la corrida de ECLS requiriendo drenaje pericárdico o lavado mediastínico*  |
|  | taponamiento (sangre) | *taponamiento durante la corrida de ECLS requiriendo drenaje pericárdico o lavado mediastínico* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Pulmonar** | **Definición** |
|  | Neumotórax | *requiriendo inserción de tubo de tórax* |
|  | Pulmonar Hemorragia | *Requiere transfusión de glóbulos rojos (> 20 ml/kg/24 h de glóbulos rojos o > 3U de glóbulos rojos/24 horas en neonatos y pediatría y >3U PRBCS/24 horas en adultos)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Metabólico** | ***Definición*** |
|  | hiperbilirrubinemia | *Para neonatales pacientes (< 28 días) = bilirrubinas conjugadas >20umol/L (>1,2 mg/dL).**Para pediátrico (>30 días) o adulto pacientes = bilirrubina total >170umol/L (> 10 mg/dL) o bilirrubinas conjugadas >51umol/L (>3mg/dL),**O necesidad por purificación extracorpóreo por bilirrubinas elevadas* |
|  | Hemólisis moderada | *Cima plasma hemoglobina 50-100 mg/dL o 500-1000 miligramos por litro ocurriendo en menos una vez durante ECLS correr. Sostenido por en menos 2 consecutivos días* |
|  | Hemólisis severa | *Hemoglobina plasmática máxima > 100 mg/dl o > 1000 mg/l que se presenta al menos una vez en ECLS. Sostenido por al menos 2 consecutivos días* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora** | **Isquemia en miembro** | ***Definición*** |
|  | Fasciotomía | *Fasciotomía realizada para síndrome compartimental secundario a canulación de ECLS fasciotomía realizada durante hospitalización ECLS )* |
|  | Miembro Amputación | *Amputación secundaria a complicaciones a la corrida de ECLS (amputación realizada durante ECLS hospitalización)* |
|  | Isquemia de extremidades que requiere inserción de cánula de reperfusión  | *Requerimiento de inserción de cánula de reperfusión >= 6 horas post canulación*  |

**Infecciones** (pre y durante el ECMO)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Fecha/Hora/Estimado?** | **Cultura Sitio** | **Organismo Tipo** | **Organismo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Sitios: Sangre, Hueso, Líquido cefalorraquídeo, Líquido peritoneal, Líquido pleural, Tracto respiratorio, Piel/tejido blando, Heces, Orina, Herida quirúrgica, Herida – traumático, Otro, Desconocido

|  |  |
| --- | --- |
| Desconocido | Transición para apoyo VAD  |
| Expectativa de recuperación  |  Asistencia pulmonar sin bomba  |
|  Pobre pronóstico |  Trasplante cardiaco |
| Recurso limitación | Trasplante pulmonar |
| ECLS complicación | Trasplante cardiopulmonar |

Tipo: Todos, Desconocido, bacterias gram +, bacterias Gramo –, mycobacteria, Hongo (levadura y molde), virus y priones, protozoos Los organismos son listado en la Datos Definiciones. Si un el organismo es no listado, por favor contacto prycus@elso.org

Razón de suspensión ( porque el paciente fue retirado de ECLS )

**Resultados**

Forma terminado por: *Completado fecha es automáticamente agregado cuando usted entregar la correr.*

Seleccione Validar datos: para asegurarse de que los campos obligatorios estén completos, las fechas son correctas. Seleccione Entregar y Cerrar con llave – para finalizar la registro y entregar a ELSO.

 Si No En ECMO

Fecha y hora de salida de UCI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y hora de salida del hospital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y hora de muerte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Salida vivo

 Tubo endotraqueal retirado > 48 horas N/A traqueostomía

 N/A trasladado con intubación N/A intubado en el momento de fallecer.

 N/A otro

Fecha y hora de retiro del tubo endotraqueal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Extubación

 Vena yugular Ambas carótidas y yugular

 Ninguna Arteria carótida común Otra

 Vena yugular Ambas carótidas y yugular

Reparo de canulación\*