

REPORTE DE DETECCIÓN DE ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA

ANTECEDENTES VASCULARES: (marque todas las que correspondan)

Usted padece o le ha sido diagnosticado:

- Coágulos sanguíneos Pierna: D I
- Trombosis venosa profunda (TVP) Pierna: D I
- Flebitis (enrojecimiento del trayecto de la vena / mucha sensibilidad) Pierna: D I
- Reflujo en la Vena Safena Pierna: D I
- Venas varicosas Pierna: D I

¿Experimenta alguna de las siguientes molestias en sus piernas?

- Dolor Pierna: D I
- Calambres Pierna: D I
- Pesadez Pierna: D I
- Comezón / Ardor Pierna: D I
- Piernas Inquietas Pierna: D I
- Problemas de la piel o úlceras Pierna: D I
- Hinchazón, inflamación o edema Pierna: D I
- Dolor punzante Pierna: D I
- Cansancio / Fatiga Pierna: D I
- Otro _____ Pierna: D I

¿Cuál de las siguientes actividades realiza actualmente para mejorar los síntomas de las piernas?

- Sí No Elevación de las piernas
- ¿En qué momento(s) del día lo realiza _____
- ¿Durante cuánto tiempo lo realiza? _____
- ¿Cuáles medicamentos se administra? _____
- Sí No Se administra medicamentos para el dolor (analgésicos)
- ¿Cuántas veces al día? _____
- ¿Cuánto tiempo lleva tomando los medicamentos? _____
- Sí No Utiliza vendaje, calcetas o medias de compresión
- Especifique lo que usa _____
- ¿En qué momento(s) del día lo utiliza? _____
- ¿Durante cuánto tiempo del día lo utiliza? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES ¿Algún miembro de su familia (sólo papá, mamá, hermanos o hijos) tuvo o tiene alguna de las siguientes condiciones? Si la respuesta es sí, indique ¿qué? familiar.

- Sí No Coágulos sanguíneos
- Sí No Enfermedades o trastornos de la coagulación
- Sí No Infarto al corazón, evento vascular cerebral (embolia o infarto cerebral) o Embolia
- Sí No Venas varicosas
- Sí No Cirugía de varices (cualquiera)

Miembro de la Familia

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO DE VENAS

¿Alguna vez ha sido tratado por varices con lo siguiente?

- Terapia láser (arañas vasculares) Pierna: D I
- Flebectomía (eliminación de varices con pequeños cortes) Pierna: D I
- Eliminación de varices con radiofrecuencia o Láser Pierna: D I
- Escleroterapia Pierna: D I
- Cirugía de varices (cualquiera) Pierna: D I

LISTA DE ACTIVIDADES PERSONALES

(por favor marque todas las que apliquen)

- Sí No Mi trabajo me obliga a permanecer de pie durante largos periodos de tiempo
- Sí No Mi trabajo me obliga a permanecer sentado(a) durante largos periodos de tiempo
- Sí No Realizo ejercicio regularmente
- Sí No Yo fumo
- Sí No He estado embarazada ¿Número de embarazos? _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Exploración física _____

CEAP Signos clínicos _____

Pierna derecha (marque todo lo que corresponda)

- No hay signos de enfermedad venosa
- Signos visibles de venas varicosas
- Úlcera activa
- Úlcera cicatrizada
- Edema
- Pigmentación
- Telangiectasias

Pierna izquierda

- No hay signos de enfermedad venosa
- Signos visibles de venas varicosas
- Úlcera activa
- Úlcera cicatrizada
- Edema
- Pigmentación
- Telangiectasias

Evaluación clínica:

- Presenta insuficiencia venosa crónica Pierna: D I

Recomendaciones

- Ultrasonido Doppler dúplex
- Escleroterapia
- Valoración urgente por angiología
- Venotónicos
- Otro: _____
- Medias de compresión
- Medidas de higiene venosa

