



Servicio Provincial de Procuración

Día	Mes	Año	Hora

PD N°: _____

Hospital: _____

Paciente: _____ Edad: _____

TAM: _____ PaCO₂ _____

INICIO

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

FINAL

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

Equipo: _____ Filtro: _____

VENTANA TRANSTEMPORAL DERECHA

Arteria Cerebral Media

☐ Ausencia de señal _____

☐ Espiga Sistólica _____

☐ Diástole reverberante _____

☐ Otro: _____

Arteria Cerebral Anterior

☐ Ausencia de señal _____

☐ Espiga Sistólica _____

☐ Diástole reverberante _____

☐ Otro: _____

Arteria Cerebral Posterior

☐ Ausencia de señal _____

☐ Espiga Sistólica _____

☐ Diástole reverberante _____

☐ Otro: _____

VENTANA TRANSTEMPORAL IZQUIERDA

Arteria Cerebral Media

☐ Ausencia de señal _____

☐ Espiga Sistólica _____

☐ Diástole reverberante _____

☐ Otro: _____

Arteria Cerebral Anterior

☐ Ausencia de señal _____

☐ Espiga Sistólica _____

☐ Diástole reverberante _____

☐ Otro: _____

Arteria Cerebral Posterior

☐ Ausencia de señal _____

☐ Espiga Sistólica _____

☐ Diástole reverberante _____

☐ Otro: _____



Servicio Provincial de Procuración

VENTANA SUBOCCIPITAL

Arteria Basilar

- ☐ Ausencia de señal _____
- ☐ Espiga Sistólica _____
- ☐ Diástole reverberante _____
- ☐ Otro: _____

Arteria Vertebral derecha

- ☐ Ausencia de señal _____
- ☐ Espiga Sistólica _____
- ☐ Diástole reverberante _____
- ☐ Otro: _____

Arteria Vertebral izquierda

- ☐ Ausencia de señal _____
- ☐ Espiga Sistólica _____
- ☐ Diástole reverberante _____
- ☐ Otro: _____

Arteria Carótida Interna
Extracranena Derecha

- ☐ Ausencia de señal _____
- ☐ Espiga Sistólica _____
- ☐ Diástole reverberante _____
- ☐ Otro: _____

Arteria Carótida Interna
Extracranena Izquierda

- ☐ Ausencia de señal _____
- ☐ Espiga Sistólica _____
- ☐ Diástole reverberante _____
- ☐ Otro: _____

INTERPRETACION: _____

COMENTARIOS: _____

Servicio Provincial de Procuración

REGISTROS