

FICHA CLÍNICA

FIBRILAÇÃO ATRIAL - AMBULATORIAL



BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS EM
CARDIOLOGIA

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

Nº centro

--	--	--

Nº paciente

--	--	--	--	--	--

CADASTRO

DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Raça: Branco Pardo Negro Amarelo Índigena

Nome da mãe: _____

Número prontuário: _____

Sexo: Masculino Feminino

Número no estudo: _____

Número cartão SUS: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ (> 18 anos)

Endereço: _____

CEP: _____

Estado:

<input type="checkbox"/> Acre	<input type="checkbox"/> Maranhão	<input type="checkbox"/> Rio de Janeiro
<input type="checkbox"/> Alagoas	<input type="checkbox"/> Mato Grosso	<input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte
<input type="checkbox"/> Amapá	<input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul	<input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul
<input type="checkbox"/> Amazonas	<input type="checkbox"/> Minas Gerais	<input type="checkbox"/> Rondônia
<input type="checkbox"/> Bahia	<input type="checkbox"/> Pará	<input type="checkbox"/> Roraima
<input type="checkbox"/> Ceará	<input type="checkbox"/> Paraíba	<input type="checkbox"/> Santa Catarina
<input type="checkbox"/> Distrito Federal	<input type="checkbox"/> Paraná	<input type="checkbox"/> São Paulo
<input type="checkbox"/> Espírito Santo	<input type="checkbox"/> Pernambuco	<input type="checkbox"/> Sergipe
<input type="checkbox"/> Goiás	<input type="checkbox"/> Piauí	<input type="checkbox"/> Tocantis

Telefones residencial: _____

Telefone para recado: _____

Celular: _____

Outros contatos (familiares): _____

E-mail: _____

SELEÇÃO

Data inclusão no estudo: ____/____/____

CID-10: _____ **IC:** I50 (50.0; 50.1 e 50.9) **FA:** I-48 **SCA:** I20, I21 e I22

Se paciente com diagnóstico de FA, qual esquema de acompanhamento? Ambulatorial Internado

Origem do Paciente: Residência Ambulatório da instituição Referenciado UBS
 Clínica/consultório médico Informação não disponível

ELEGIBILIDADE

FA

	Sim	Não
Critérios de Inclusão		
Maior que 18 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico primário FA aguda, paroxística ou persistente ou permanente ou flutter atrial típico ou atípico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentimento do paciente em participar do estudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critérios de Exclusão		
Pacientes com apenas um episódio isolado de fibrilação/flutter atrial e que se apresentem em ritmo sinusal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORICO MÉDICO

Paciente apresenta algum fator de risco ou outras comorbidades além do motivo de internação? Sim Não

Anote todas que se aplicam		Sim	Não
FATORES DE RISCO E COMORBIDADES			
Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidente cerebrovascular/ AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença carotídea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença da artéria coronária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença vascular periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flutter atrial/FA (permanente ou recorrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença reumática cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença valvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPOC/Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnéia do sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRC dialítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRC crônica (Cr >2.0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotireodismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer órgão sólido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer hematológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente tem histórico de procedimentos cardiológicos prévios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
PROCEDIMENTOS PRÉVIOS			
Angioplastia coronária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de revascularização do miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasso definitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de Ressincronização cardíaca (TRC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiodesfibrilador implantável (CDI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótese valvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo de assistência ventricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplante cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADMISSÃO FA AMBULATORIAL

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS

Data e Hora da Consulta: ____/____/____ : ____:____

Grau de Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Não alfabetizado	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo
<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto
<input type="checkbox"/> Fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	

Renda Familiar:

<input type="checkbox"/> Menor ou igual a 1 salário mínimo	<input type="checkbox"/> Maior que 5 a menor ou igual a 10 salários mínimos
<input type="checkbox"/> Maior que 1 a menor ou igual a 2 salários mínimos	<input type="checkbox"/> Maior que 10 salários mínimos
<input type="checkbox"/> Maior que 2 a menor ou igual a 5 salários mínimos	

Hábitos de Vida

Tabagismo: Não Atual Passado

Histórico de consumo de álcool: Sim Não Passado

Uso de drogas ilícitas Sim Não Passado

Exercício físico: Sim Não

Procedimentos prévios Nenhum Cirurgia para FA (MAZE) Cardioversão elétrica Ablação

Tipo de Arritmia Atrial

<input type="checkbox"/> FA Aguda	<input type="checkbox"/> FA permanente/crônica	<input type="checkbox"/> Flutter atípico	<input type="checkbox"/> Não foi possível determinar
<input type="checkbox"/> FA paroxística	<input type="checkbox"/> FA persistente	<input type="checkbox"/> Flutter típico	

		Sim	Não	Não documentado
Situações de riscos	INR lábil (instável/alto ou faixa terapêutica < 60%)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangramento maior prévio ou pré-disposição para sangramento (diátese hemorrágica, anemia, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinais/Sintomas relacionados a FA	Sem sintomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dispneia em repouso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fadiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dor torácica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dispneia aos esforços moderados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Intolerância ao exercício	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Palpitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tontura/ síncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data de Diagnóstico da Arritmia Data: ____/____/____ Não documentado

		Não documentado
Sinais vitais (durante consulta)	Altura: _____ m	<input type="checkbox"/>
	Peso: _____ Kg	<input type="checkbox"/>
	IMC _____ (Cálculo automático pelo sistema)	
	FC: _____ bpm	<input type="checkbox"/>
	Se FC > 110 bpm na alta, documentado razão no prontuário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	PA (posição supina) disponível? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
PA Sistólica _____ mmHg	PA Diastólica _____ mmHg	

		Não documentado
Laboratorial (mais próximo da consulta)	Plaquetas: _____ mm ³	<input type="checkbox"/>
	Hb: _____ g/dL	<input type="checkbox"/>
	Hematócrito: _____ %	<input type="checkbox"/>
	Creatinina: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/>
	Uréia: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/>
	Mg _____ mg/dL	<input type="checkbox"/>
	INR: _____	<input type="checkbox"/>
	TSH _____ mIU/L	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/> Não disponível	
	Ritmo	Distúrbio de condução <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sinusal	<input type="checkbox"/> Hemibloqueio anterior esquerdo
	<input type="checkbox"/> Fibrilação/flutter atrial	<input type="checkbox"/> Bloqueio de ramo direito completo
	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Bloqueio de ramo esquerdo completo
	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bloqueio atrioventricular
		<input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau - Tipo I
		<input type="checkbox"/> 2º grau - Tipo II <input type="checkbox"/> 3º grau
		<input type="checkbox"/> Outros
		Tipo marcapasso
	<input type="checkbox"/> Atrial	
	<input type="checkbox"/> Ventricular	
	<input type="checkbox"/> Atrio ventricular	
	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
Função Ventricular	Realizado:	<input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> > 1 ano
	FEVE: _____ %	<input type="checkbox"/> Não documentado
	Diâmetro do átrio esquerdo: _____ mm	<input type="checkbox"/> Não documentado
	Volume do átrio esquerdo: _____ ml	<input type="checkbox"/> Não documentado

ESCORES DE RISCO

CHADS2 **CHADS2-VASc** Score: _____ Não documentado

Há alguma razão para não documentação do Score? Sim Não

Cálculo CHADS2-VASc
(Selecione todos os que se aplicam)

- Insuficiência cardíaca
- Hipertensão arterial (PA constantemente acima de 140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos)
- Idade \geq 75 anos
- Idade 65-74 anos
- Diabetes Mellitus
- AVC/AIT/tromboembolismo prévio
- História de doença vascular (DAC, IAM prévio, DAP)
- Sexo feminino
- Nenhuma das alternativas

Score CHAD S2/CHAD S2 - VA Sc: _____ Valor calculado pelo sistema

HAS-BLED informado no prontuário médico? Sim Não Score: _____

Há alguma razão para não documentação do Score? Sim Não

Calculo HAS-BLED
(selecione todos que se aplicam)

- Hipertensão arterial não controlada
- Alteração função renal
- Alteração função hepática
- História de AVC
- História de Sangramento
- INR Instável (manutenção na faixa terapêutica < 60%)
- Idade > 65 anos
- Uso de antiagregantes plaquetários/anti-inflamatórios
- Uso de álcool
- Nenhuma das alternativas

Score HAS - BLED: _____ Valor calculado pelo sistema

AÇÕES PREVENTIVAS

Paciente foi aconselhado para parar o tabagismo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não documentado	<input type="checkbox"/> Não aplicável
O paciente ou o cuidador receberam e foram orientados com material educacional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não documentado	<input type="checkbox"/> Não aplicável
Recomendação para nível de atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não documentado	<input type="checkbox"/> Não aplicável
Orientações para uso das medicações prescritas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não documentado	<input type="checkbox"/> Não aplicável
Planejada estratégica para controle de frequência/controle de ritmo?	<input type="checkbox"/> Controle de frequência planejada <input type="checkbox"/> Controle de ritmo planejado <input type="checkbox"/> Planejamento não documentado			
Screening para apneia do sono?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Não documentado
Agendamento de visitas para acompanhamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Data/hora da 1ª visita de acompanhamento	___/___/___	__:__	<input type="checkbox"/> Não documentado data	<input type="checkbox"/> Não documentado hora
Foi dada orientações sobre terapia anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Paciente não está em uso de anticoagulantes	
Planejado seguimento de INR?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Não documentado
Se sim, quem acompanhará o INR?	<input type="checkbox"/> Monitoramento domiciliar <input type="checkbox"/> Clínica de anticoagulação <input type="checkbox"/> Controle com o médico do hospital <input type="checkbox"/> Controle com outro médico (não do hospital de origem) <input type="checkbox"/> Não documentado			

MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA CONSULTA

	Sim	Não	Contraindicado	Qual
Antiagregantes e anticoagulantes				
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros antiplaquetários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dipiridamol <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Varfarina <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prasugel <input type="checkbox"/> Ticlopidina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Fondaparinux <input type="checkbox"/> Outros
Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos e inibidores do nó sinusal				
Beta Bloqueador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Propanolol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Outros
IECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Outros
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Irbersartan <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Outros
Bloqueador de Ca ²⁺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nifedipina <input type="checkbox"/> Amlodipina <input type="checkbox"/> Nitrendipina <input type="checkbox"/> Lacidipina <input type="checkbox"/> Felodipina <input type="checkbox"/> Isradipina <input type="checkbox"/> Nisoldipina <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/> Diltiazem <input type="checkbox"/> Outros
Antiarrítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Propafenona <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Dronedarona <input type="checkbox"/> Dofetilida <input type="checkbox"/> Flecainida <input type="checkbox"/> Outros
Hipolipemiantes				
Estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atorvastatina <input type="checkbox"/> Sinvastatina <input type="checkbox"/> Pravastatina <input type="checkbox"/> Rosuvastatina <input type="checkbox"/> Outros
Diuréticos				
Espiro lactona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREVE: ADMISSÃO

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Em relação as duas últimas semanas

O questionário de qualidade de vida foi realizado? Sim Não

Q1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? (w1)

1. Muito ruim
2. Ruim
3. Nem ruim nem boa
4. Boa
5. Muito boa

As questões 2 a 12 perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
Q2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (w2)	1	2	3	4	5
Q3. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? (w16)	1	2	3	4	5
Q4. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (w17)	1	2	3	4	5
Q5. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? (w18)	1	2	3	4	5
Q6. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? (w19)	1	2	3	4	5
Q7. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (w20)	1	2	3	4	5
Q8. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? (w21)	1	2	3	4	5
Q9. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? (w22)	1	2	3	4	5
Q10. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? (w23)	1	2	3	4	5
Q11. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? (w24)	1	2	3	4	5
Q12. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? (w25)	1	2	3	4	5

As questões 13 a 19 são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas e as respostas variam de acordo com a seguinte escala:

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
Q13. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (w3)	1	2	3	4	5
Q14. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (w4)	1	2	3	4	5
Q15. O quanto você aproveita a vida? (w5)	1	2	3	4	5
Q16. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (w6)	1	2	3	4	5
Q17. O quanto você consegue se concentrar? (w7)	1	2	3	4	5
Q18. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? (w8)	1	2	3	4	5
Q19. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (w9)	1	2	3	4	5

As questões 20 a 25 perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Q20. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? (w10)	1	2	3	4	5
Q21. Você é capaz de aceitar sua aparência física? (w11)	1	2	3	4	5
Q22. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (w12)	1	2	3	4	5
Q23. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia (w13)	1	2	3	4	5
Q24. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? (w14)	1	2	3	4	5
Q25. Quão bem você é capaz de se locomover? (w15)	1	2	3	4	5

Q26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (w26)

1. nunca
2. algumas vezes
3. frequentemente
4. muito frequentemente
5. sempre

REGISTROS DO ENTREVISTADOR

1. Grau de dificuldade encontrada pelo entrevistador

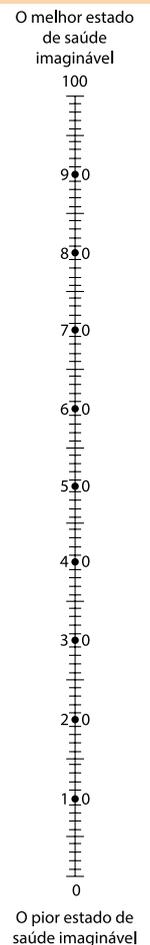
1. Nenhuma
2. Pequena
3. Média
4. Grande
5. Muito grande

2. Tempo de entrevista: _____ minutos

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou ruim o seu estado de saúde é nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou ruim é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**. Por favor, marque na escala o ponto que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**, considerando 0 o pior estado de saúde possível e 100 saúde perfeita.



FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS

Data do Contato: ____/____/____

O paciente foi a óbito? Sim Não Não documentado

* Caso afirmativo, preencher formulário específico

O paciente foi admitido no serviço de emergência (permanência < 24h) desde o último contato? Sim Não

Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes > ou = 3 vezes Desconhecido/NA

O paciente foi hospitalizado (permanência > 24h) desde o último contato? Sim Não

Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes > ou = 3 vezes Desconhecido/NA

Data da primeira hospitalização pós-evento index foi coletada? Sim Não

Data da primeira hospitalização pós-evento index ____/____/____

Sim Não Não coletado

Se sim, selecione todos os aplicáveis:

Paciente realizou algum procedimento médico cardíaco desde o último contato?

<input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco (direito e/ou esquerdo)	<input type="checkbox"/> Cardiodesfibrilador interno
<input type="checkbox"/> Angioplastia coronária	<input type="checkbox"/> Ablação de FA
<input type="checkbox"/> Cirurgia revascularização miocárdio	<input type="checkbox"/> Cardioversão elétrica/química
<input type="checkbox"/> Transplante cardíaco	<input type="checkbox"/> Balão intra-aórtico (BIA)
<input type="checkbox"/> Cirurgia valvar	<input type="checkbox"/> Dispositivo de assistência ventricular
<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Diálise ou ultrafiltração
<input type="checkbox"/> Terapia de ressincronização cardíaca	<input type="checkbox"/> Outras cirurgias cardíacas

Paciente teve alguma consulta ambulatorial após o último contato? Sim Não Não coletado

MEDICAMENTOS EM USO

	Sim	Não	Contraindicado	Qual
Antiagregantes e anticoagulantes				
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros antiplaquetários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dipyridamol <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Varfarina <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prasugel <input type="checkbox"/> Ticlopidina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Fondaparinux <input type="checkbox"/> Outros
Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos e inibidores do nó sinusal				
Beta Bloqueador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Propanolol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Outros
IECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Outros
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Irbersartan <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Outros
Bloqueador de Ca ²⁺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nifedipina <input type="checkbox"/> Amlodipina <input type="checkbox"/> Nitrendipina <input type="checkbox"/> Lacidipina <input type="checkbox"/> Felodipina <input type="checkbox"/> Isradipina <input type="checkbox"/> Nisoldipina <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/> Diltiazem <input type="checkbox"/> Outros
Antiarrítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Propafenona <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Dronedarona <input type="checkbox"/> Dofetilida <input type="checkbox"/> Flecainida <input type="checkbox"/> Outros
Hipolipemiantes				
Estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atorvastatina <input type="checkbox"/> Sinvastatina <input type="checkbox"/> Pravastatina <input type="checkbox"/> Rosuvastatina <input type="checkbox"/> Outros
Na última semana, quantas vezes o(a) senhor (a) deixou de tomar uma dose de qualquer medicação para o coração?				<input type="checkbox"/> Desconhecido

AÇÕES PREVENTIVAS

Qual a situação atual do paciente em relação ao tabagismo quando comparado ao último contato?

- Parou de fumar
- Diminuiu número de cigarros
- Aumentou número de cigarros
- Inalterado
- Paciente começou a fumar
- Não aplicável
- Não coletado

Paciente vem realizando atividade física?

- Sim
- Não
- Não coletado

Se uso de anticoagulante, o paciente tem feito acompanhamento do INR?

- Sim
- Não
- Não aplicável
- Não coletado

FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 6 MESES

Data do Contato: ____/____/____

O paciente foi a óbito? Sim Não Não documentado

* Caso afirmativo, preencher formulário específico

O paciente foi admitido no serviço de emergência (permanência < 24h) desde o último contato? Sim Não

Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes > ou = 3 vezes Desconhecido/NA

O paciente foi hospitalizado (permanência > 24h) desde o último contato? Sim Não

Se sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes > ou = 3 vezes Desconhecido/NA

Data da primeira hospitalização pós-evento foi coletada? Sim Não

Data da primeira hospitalização pós-evento index ____/____/____
 Sim Não Não coletado

Se sim, selecione todos os aplicáveis:

Paciente realizou algum procedimento médico cardíaco desde o último contato?

<input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco (direito e/ou esquerdo)	<input type="checkbox"/> Cardiodesfibrilador interno
<input type="checkbox"/> Angioplastia coronária	<input type="checkbox"/> Ablação de FA
<input type="checkbox"/> Cirurgia revascularização miocárdio	<input type="checkbox"/> Cardioversão elétrica/química
<input type="checkbox"/> Transplante cardíaco	<input type="checkbox"/> Balão intra-aórtico (BIA)
<input type="checkbox"/> Cirurgia valvar	<input type="checkbox"/> Dispositivo de assistência ventricular
<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Diálise ou ultrafiltração
<input type="checkbox"/> Terapia de ressincronização cardíaca	<input type="checkbox"/> Outras cirurgias cardíacas

Paciente teve alguma consulta ambulatorial após o último contato? Sim Não Não coletado

MEDICAMENTOS EM USO

	Sim	Não	Contraindicado	Qual
Antiagregantes e anticoagulantes				
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros antiplaquetários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dipyridamol <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Varfarina <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prasugel <input type="checkbox"/> Ticlopidina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Fondaparinux <input type="checkbox"/> Outros
Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos e inibidores do nó sinusal				
Beta Bloqueador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Propanolol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Irbersartan <input type="checkbox"/> Nifedipina <input type="checkbox"/> Amlodipina <input type="checkbox"/> Nitrendipina <input type="checkbox"/> Lacidipina <input type="checkbox"/> Felodipina <input type="checkbox"/> Propafenona <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Dronedarona
IECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Outros
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Isradipina <input type="checkbox"/> Nisoldipina <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/> Diltiazem <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Dofetilida <input type="checkbox"/> Flecainida <input type="checkbox"/> Outros
Bloqueador de Ca ²⁺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antiarrítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipolipemiantes				
Estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atorvastatina <input type="checkbox"/> Sinvastatina <input type="checkbox"/> Pravastatina <input type="checkbox"/> Rosuvastatina <input type="checkbox"/> Outros
Na última semana, quantas vezes o(a) senhor (a) deixou de tomar uma dose de qualquer medicação para o coração?				<input type="checkbox"/> Desconhecido

AÇÕES PREVENTIVAS

Qual a situação atual do paciente em relação ao tabagismo quando comparado ao último contato?

- Parou de fumar
- Diminuiu número de cigarros
- Aumentou número de cigarros
- Inalterado
- Paciente começou a fumar
- Não aplicável
- Não coletado

Paciente vem realizando atividade física?

- Sim
- Não
- Não coletado

Se uso de anticoagulante, o paciente tem feito acompanhamento do INR?

- Sim
- Não
- Não aplicável
- Não coletado

QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREVE: 6 MESES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Em relação as duas últimas semanas

O questionário de qualidade de vida foi realizado? Sim Não

Q1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? (w1)

1. Muito ruim
2. Ruim
3. Nem ruim nem boa
4. Boa
5. Muito boa

As questões 2 a 12 perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
Q2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (w2)	1	2	3	4	5
Q3. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? (w16)	1	2	3	4	5
Q4. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (w17)	1	2	3	4	5
Q5. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? (w18)	1	2	3	4	5
Q6. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? (w19)	1	2	3	4	5
Q7. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (w20)	1	2	3	4	5
Q8. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? (w21)	1	2	3	4	5
Q9. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? (w22)	1	2	3	4	5
Q10. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? (w23)	1	2	3	4	5
Q11. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? (w24)	1	2	3	4	5
Q12. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? (w25)	1	2	3	4	5

As questões 13 a 19 são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas e as respostas variam de acordo com a seguinte escala:

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
Q13. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (w3)	1	2	3	4	5
Q14. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (w4)	1	2	3	4	5
Q15. O quanto você aproveita a vida? (w5)	1	2	3	4	5
Q16. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (w6)	1	2	3	4	5
Q17. O quanto você consegue se concentrar? (w7)	1	2	3	4	5
Q18. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? (w8)	1	2	3	4	5
Q19. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (w9)	1	2	3	4	5

As questões 20 a 25 perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Q20. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? (w10)	1	2	3	4	5
Q21. Você é capaz de aceitar sua aparência física? (w11)	1	2	3	4	5
Q22. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (w12)	1	2	3	4	5
Q23. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia (w13)	1	2	3	4	5
Q24. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? (w14)	1	2	3	4	5
Q25. Quão bem você é capaz de se locomover? (w15)	1	2	3	4	5

Q26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? (w26)

1. nunca
2. algumas vezes
3. frequentemente
4. muito frequentemente
5. sempre

REGISTROS DO ENTREVISTADOR

1. Grau de dificuldade encontrada pelo entrevistador

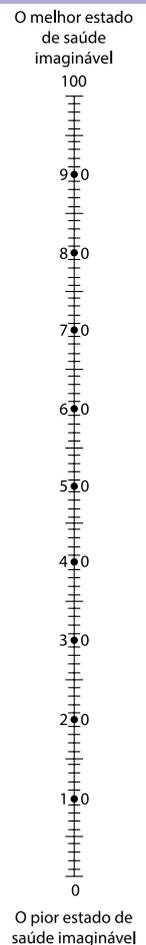
1. Nenhuma
2. Pequena
3. Média
4. Grande
5. Muito grande

2. Tempo de entrevista: _____ minutos

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou ruim o seu estado de saúde é nós desenhamos uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou ruim é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**. Por favor, marque na escala o ponto que melhor classifica o seu estado de saúde **hoje**, considerando 0 o pior estado de saúde possível e 100 saúde perfeita.



ÓBITO

FORMULÁRIO DE ÓBITO

Data do óbito: ____/____/____

Hora do óbito: ____:____

Não documentado

Causa da morte

- Cardiogênica
- Não cardiogênica

Diagnóstico da "Causa Mortis"

- Atestado de óbito
- Autópsia
- Relato médico
- Relato de familiar ou conhecido
- Prontuário médico

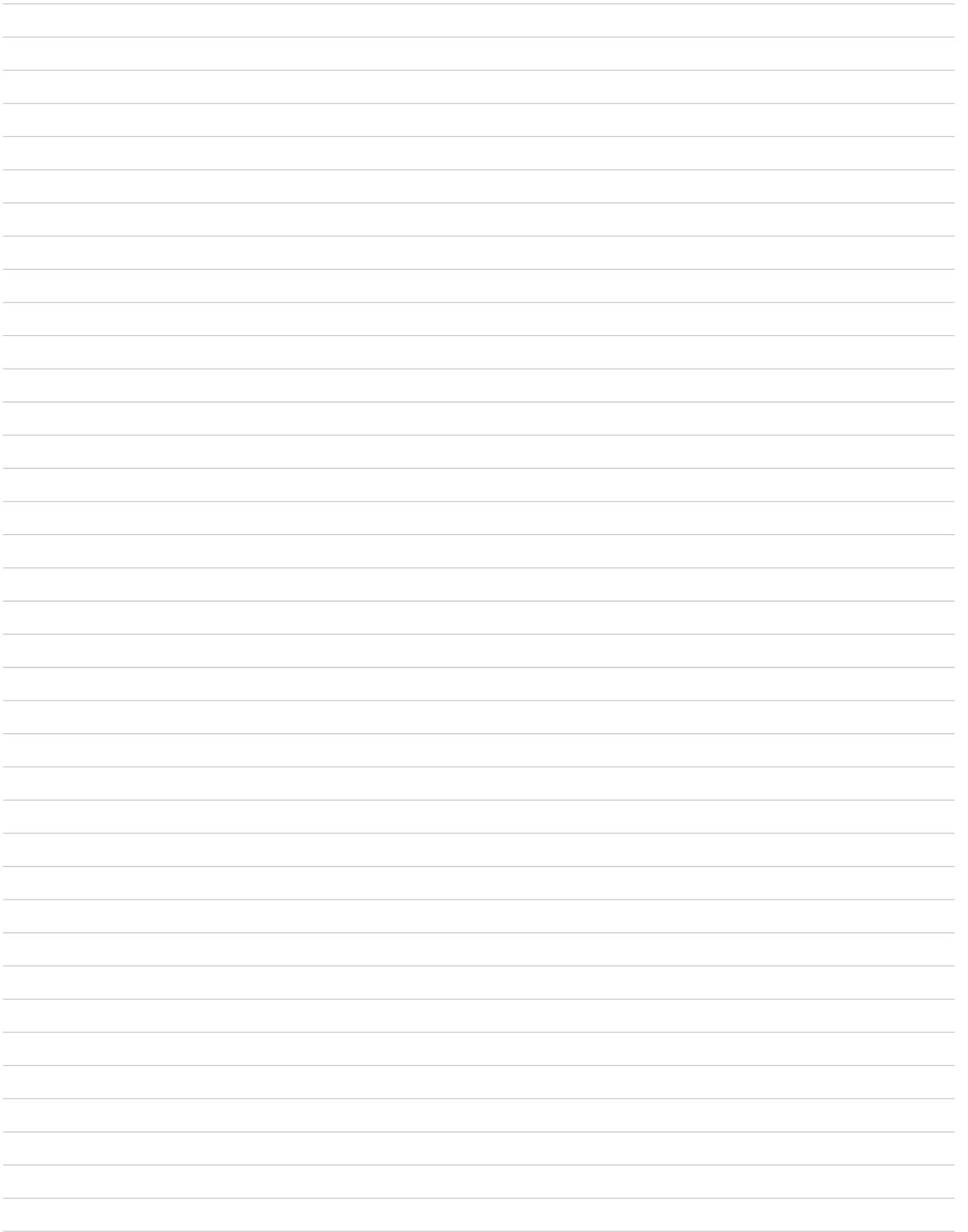
Local de ocorrência do óbito

- Residência
- Hospital
- Via pública

Óbito assistido por médico **Sim** **Não**



Anexar um sumário do óbito e outras informações relevantes.





APOIO:

