

FICHA CLÍNICA

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA



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

Ponto de origem para admissão ou visita	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> SAMU
	<input type="checkbox"/> Transferido de instituição com plano ou programa de cuidados paliativos/ casa repouso	<input type="checkbox"/> Unidade Pronto Atendimento (UPA)
	<input type="checkbox"/> Transferido de outro hospital	<input type="checkbox"/> Clínica/consultório médico
	<input type="checkbox"/> Ambulatório da instituição	<input type="checkbox"/> Informação não disponível
	<input type="checkbox"/> Referenciado UBS	

Se proveniente de outra instituição de saúde, data da admissão na instituição origem: ____/____/____

Internação atual por liminar? Sim Não

ELEGIBILIDADE

	Sim	Não
Crítérios de inclusão		
Maior que 18 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico primário de síndrome coronariana aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentimento do paciente em participar do estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crítérios de exclusão		
Pacientes com SCA após revascularização miocárdica (intervenção coronária percutânea ou cirurgia de revascularização do miocárdio) ou procedimentos cirúrgicos maiores durante a mesma internação	<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"/>
Câncer órgão sólido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer 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 SCA

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS

Data e hora admissão: ____/____/____ : ____:____

Fonte pagamento Saúde suplementar Particular SUS

Grau de escolaridade Não alfabetizado Ensino médio incompleto Ensino superior completo
 Fundamental incompleto Ensino médio completo
 Fundamental completo Ensino superior incompleto

Renda familiar Menor ou igual a 1 salário mínimo
 Maior que 1 a menor ou igual a 2 salários mínimos
 Maior que 2 a menor ou igual a 5 salários mínimos
 Maior que 5 a menor ou igual a 10 salários mínimos
 Maior que 10 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

Avaliação funcional
 Compreensão: Normal Prejudicada Desconhecido
 Atividade de vida diária: Independente Parcialmente assistido
 Totalmente assistido Desconhecido

Início dos sintomas
 Data: ____/____/____ Não documentado Hora (estimada): ____:____ Não documentado
 Data/Hora último episódio de dor: ____/____/____ : ____:____ Não documentado Hora não documentada

Tipo de SCA AI IAM s/SST IAM c/ SST

Obtenção do primeiro ECG Pré-hospitalar Intra-hospitalar

Data/hora primeiro ECG ____/____/____ : ____:____ Não documentado Hora não documentada

Primeiro ECG realizado em até 10 minutos da entrada no hospital? Sim Não Não documentado

Alterações ECG Infra ST (> 0,5 mm novo ou presumivelmente novo)
 Supra ST (> 1 mm em duas derivações contíguas no plano frontal)
 Inversão onda T > 2 mm
 Supra ST > 2 mm em derivações precordiais
 Presença de ondas Q patológicas
 Achatamento ou inversão da onda T em derivações com ondas R predominantes
 Bloqueio de ramo esquerdo novo ou supostamente novo
 Bloqueio de ramo direito novo ou supostamente novo
 Sem alterações

Sinais vitais (na admissão)
 Altura: _____ m
 Peso: _____ Kg
 IMC _____
 FC: _____ bpm
 PA sistólica _____ mmHg PA diastólica _____ mmHg

IC aguda? Sim Não

Classificação de KILLIP I II III IV Não se aplica

Parada cardiorrespiratória (PCR)? Sim Não

Se PCR sim, onde? Pré-hospitalar No hospital de origem

Paciente recebeu aspirina nas primeiras 24 horas de internação? Sim Não Não documentado

Paciente recebeu inibidores seletivos da adenosina difosfato-ADP nas primeiras 24 horas de internação? Sim Não Não documentado

Se sim, qual? Clopidogrel Ticlopidina Prasugrel Ticagrelor

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.

O questionário de qualidade de vida foi realizado? Sim Não

Em relação as duas últimas semanas

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					

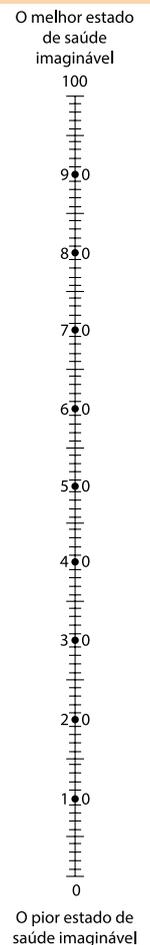
REGISTROS DO ENTREVISTADOR

- Grau de dificuldade encontrada pelo entrevistador
 - Nenhuma
 - Pequena
 - Média
 - Grande
 - Muito grande
- 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.



INTERNAÇÃO SCA

		Sim	Não	Contraindicado	
Tratamento parenteral durante internação (marcar todas que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Nenhum				
	Inibidor GP IIb/IIIa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Qual? <input type="checkbox"/> Eptifibatide <input type="checkbox"/> Tirofiban <input type="checkbox"/> Abcimab				
	Anticoagulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se sim, anticoagulante iniciado nas primeiras 24 horas de internação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não documentado			
	Qual: <input type="checkbox"/> Heparina não fracionada <input type="checkbox"/> Enoxaparina (subcutânea) <input type="checkbox"/> Outros				
Se outros, especifique o anticoagulante _____					
Estratégias reperfusão	Candidato a reperfusão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	Se sim, realizada perfusão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	Uso de trombolítico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Contraindicado				
	Se sim:				
	Qual trombolítico?				
	<input type="checkbox"/> Tenecteplase <input type="checkbox"/> Alteplase <input type="checkbox"/> Estreptoquinase <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não documentado				
	Local de realização da trombólise:				
	<input type="checkbox"/> Nesta instituição <input type="checkbox"/> Instituição pré-hospitalar <input type="checkbox"/> Outra instituição hospitalar <input type="checkbox"/> Não documentado				
	Terapia trombolítica dentro 30 minutos da admissão hospitalar?				
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não documentado				
Estratégias reperfusão	Cateterismo diagnóstico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Contraindicado				
	Data: ____/____/____				
	Angioplastia coronária do vaso culpado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Contraindicado				
	Se sim, qual foi a indicação?				
	<input type="checkbox"/> Primária - IAM c/ SST <input type="checkbox"/> Facilitada (IAM c/ SST estável, após trombolítico com sucesso)				
	<input type="checkbox"/> Resgate (após falência trombolítico) <input type="checkbox"/> IAM c/ SST instável, > 12h princípio sintomas				
	<input type="checkbox"/> SCA s/ SST <input type="checkbox"/> IAM c/ SST estável, > 12 h princípio sintomas				
	Data: ____/____/____ Hora: ____:____ <input type="checkbox"/> Hora não documentada				
	Angioplastia primária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
	Data da angioplastia: ____/____/____ Hora da angioplastia: ____:____ <input type="checkbox"/> Hora não documentada				
Local de realização: <input type="checkbox"/> Nesta instituição <input type="checkbox"/> Outra instituição <input type="checkbox"/> Não documentado					
Se sim, realizada dentro de 90 min da admissão hospitalar?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Documentado					
Função ventricular	Realizado: <input type="checkbox"/> Nesta internação <input type="checkbox"/> < 1 ano <input type="checkbox"/> > 1 ano				
	FEVE: _____ % <input type="checkbox"/> Não documentado				

Outros procedimentos **Cirurgia revascularização miocárdio** Sim Não Contraindicado
Data: ____/____/____

Troponina

	Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Inicial	Valor: _____ ng/ml <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ultra sensível	Pico	Valor: _____ ng/ml <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ultra sensível
	Valor superior normalidade (ref): _____		Valor superior da normalidade (ref): _____

CK-Total

	Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Inicial	Valor: _____ <input type="checkbox"/> IU/L <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> (mg/ml)/IU <input type="checkbox"/> ng/ml	Pico	Valor: _____ <input type="checkbox"/> IU/L <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> (mg/ml)/IU <input type="checkbox"/> ng/ml

CK-MB

Exames laboratoriais

	Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Inicial	Valor: _____ <input type="checkbox"/> IU/L <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> (mg/ml)/IU <input type="checkbox"/> ng/ml	Pico	Valor: _____ <input type="checkbox"/> IU/L <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> (mg/ml)/IU <input type="checkbox"/> ng/ml
	Valor superior normalidade (ref): _____		Valor superior normalidade (ref): _____

Creatinina

	Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Coletado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Inicial	Valor: _____ mg/ml Data: ____/____/____	Pico	Valor: _____ mg/ml Data: ____/____/____

INR Coletado? Sim Não Valor: _____ Data: ____/____/____

Lipídios

Coletado? Sim Não Data: ____/____/____ Valor alterado: Sim Não
CT: _____ mg/dL LDL: _____ mg/dL HDL: _____ mg/dL TG: _____ mg/dL

FORMULARIO DE ALTA HOSPITALAR

Data/Hora de alta: ____/____/____ :____ Hora desconhecida

Número de dias internado em unidade fechada: Não se aplica

Qual foi o destino do paciente após a alta?

1 - Domicílio

2 - Domicílio com home care

3 - Casa de repouso

4 - Instituição de caridade

5 - Saída sem recomendação médica

6 - Transferência hospitalar

7 - Óbito (preencher ficha específica)

8 - Não registrado ou indeterminado

Se transferência hospitalar

Transferência para ATC? Sim Não

Transferência para CRVM? Sim Não

MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ALTA HOSPITALAR

	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"/> Prasugel <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Ticlopidina <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Outros
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Varfarina <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Fondaparinux <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <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"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Propanolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Outros
IECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Lisinopril
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Irbersartan <input type="checkbox"/> Outros
Bloqueador de Ca ²⁺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nifedipina <input type="checkbox"/> Isradipina <input type="checkbox"/> Amlodipina <input type="checkbox"/> Nisoldipina <input type="checkbox"/> Nitrendipina <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/> Lacidipina <input type="checkbox"/> Diltiazem <input type="checkbox"/> Felodipina <input type="checkbox"/> Outros
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nitratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dinitrato de isossorbida <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Mononitrato de isossorbida

	Sim	Não	Contraindicado	Qual
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
Outros hipolipemiantes não estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ômega <input type="checkbox"/> Fibrato <input type="checkbox"/> Ácido nicotínico <input type="checkbox"/> Outros
Diuréticos				
Diurético alça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Bumetanida <input type="checkbox"/> Ácido etacrínico <input type="checkbox"/> Torsemida <input type="checkbox"/> Outros
Diurético tiazídico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida <input type="checkbox"/> Clortiazida <input type="checkbox"/> Clortalidona <input type="checkbox"/> Indapamida <input type="checkbox"/> Outros
Espiro lactona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AÇÕES PREVENTIVAS

	Sim	Não	Não se aplica
Paciente foi aconselhado para parar o tabagismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente ou o cuidador receberam material educacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente foi orientado sobre mudança de estilo de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente foi orientado sobre controle de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recomendação para nível de atividade física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referenciado para reabilitação cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientações para uso das medicações prescritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agendamento de visitas para acompanhamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data/hora da 1ª visita de acompanhamento ____/____/____ :____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data não documentada <input type="checkbox"/> Hora não documentada
Foi dada orientações sobre terapia anticoagulante?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Planejado seguimento de INR?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica

ADMINISTRATIVO

CID-10: Código do diagnóstico principal _____

- I50 - Insuficiência cardíaca
- I48 - Flutter e fibrilação atrial
- I20 - Angina instável
- I21 - Infarto agudo do miocárdio
- I22 - Infarto agudo do miocárdio recorrente
- Outros

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?

Cateterismo cardíaco (direito e/ou esquerdo)

Angioplastia coronária

Cirurgia revascularização miocárdio

Transplante cardíaco

Cirurgia valvar

Marcapasso

Terapia de ressincronização cardíaca

Cardiodesfibrilador interno

Ablação de FA

Cardioversão elétrica/química

Balão intra-aortico (BIA)

Dispositivo de assistência ventricular

Diálise ou ultrafiltração

Outras cirurgias cardíacas

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

Se sim, onde foi atendido?

Médico de família

Consultório particular/convênio

Ambulatório do SUS

Ambulatório da própria instituição

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"/> Prasugel <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Ticlopidina <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Outros
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Varfarina <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Fondaparinux <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <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"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Propanolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Outros
IECA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Lisinopril
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Irbersartan <input type="checkbox"/> Outros
Bloqueador de Ca ²⁺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nifedipina <input type="checkbox"/> Isradipina <input type="checkbox"/> Amlodipina <input type="checkbox"/> Nisoldipina <input type="checkbox"/> Nitrendipina <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/> Lacidipina <input type="checkbox"/> Diltiazem <input type="checkbox"/> Felodipina <input type="checkbox"/> Outros
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nitratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dinitrato de isossorbida <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Mononitrato de isossorbida

	Sim	Não	Contraindicado	Qual
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
Outros hipolipemiantes não estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ômega <input type="checkbox"/> Fibrato <input type="checkbox"/> Ácido nicotínico <input type="checkbox"/> Outros
Diuréticos				
Diurético alça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Bumetanida <input type="checkbox"/> Ácido etacrínico <input type="checkbox"/> Torsemida <input type="checkbox"/> Outros
Diurético tiazídico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida <input type="checkbox"/> Clortiazida <input type="checkbox"/> Clortalidona <input type="checkbox"/> Indapamida <input type="checkbox"/> Outros
Espiro lactona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/> Parou de fumar			
	<input type="checkbox"/> Diminuiu número de cigarros			
	<input type="checkbox"/> Aumentou número de cigarros			
	<input type="checkbox"/> Inalterado			
	<input type="checkbox"/> Paciente começou a fumar			
	<input type="checkbox"/> Não aplicável			
Paciente vem realizando atividade física?	<input type="checkbox"/> Não coletado			
	<input type="checkbox"/> Sim			
	<input type="checkbox"/> Não			
Se uso de anticoagulante, o paciente tem feito acompanhamento do INR?	<input type="checkbox"/> Não coletado			
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não aplicável	
				<input type="checkbox"/> 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 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?

Cateterismo cardíaco (direito e/ou esquerdo)

Angioplastia coronária

Cirurgia revascularização miocárdio

Transplante cardíaco

Cirurgia valvar

Marcapasso

Terapia de ressincronização cardíaca

Cardiodesfibrilador interno

Ablação de FA

Cardioversão elétrica/química

Balão intra- aortico (BIA)

Dispositivo de assistência ventricular

Diálise ou ultrafiltração

Outras cirurgias cardíacas

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

Se sim, onde foi atendido?

Médico de família

Consultório particular/convênio

Ambulatório do SUS

Ambulatório da própria instituição

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
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"/> 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
Bloqueador de Ca ²⁺	<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
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nitratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dinitrato de isossorbida <input type="checkbox"/> Mononitrato de isossorbida <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
Outros hipolipemiantes não estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rosuvastatina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ômega <input type="checkbox"/> Fibrato <input type="checkbox"/> Ácido nicotínico <input type="checkbox"/> Outros
Diuréticos				
Diurético alça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Bumetanida <input type="checkbox"/> Ácido etacrínico <input type="checkbox"/> Torsemida <input type="checkbox"/> Outros
Diurético tiazídico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida <input type="checkbox"/> Clortiazida <input type="checkbox"/> Clortalidona <input type="checkbox"/> Indapamida <input type="checkbox"/> Outros
Espiro lactona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/> Parou de fumar
	<input type="checkbox"/> Diminuiu número de cigarros
	<input type="checkbox"/> Aumentou número de cigarros
	<input type="checkbox"/> Inalterado
	<input type="checkbox"/> Paciente começou a fumar
	<input type="checkbox"/> Não aplicável
	<input type="checkbox"/> Não coletado
<hr/>	
Paciente vem realizando atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não coletado
<hr/>	
Se uso de anticoagulante, o paciente tem feito acompanhamento do INR?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não aplicável
	<input type="checkbox"/> 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.	1	2	3	4	5
	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:	1	2	3	4	5
	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

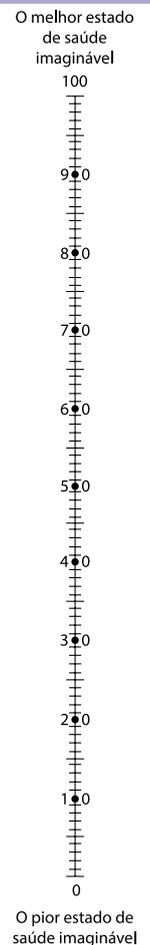
1. Nenhuma
2. Pequena
3. Média
4. Grande
5. Muito grande

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:

