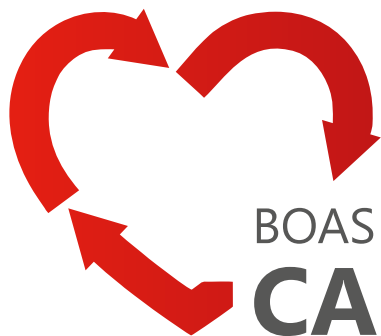


FICHA CLÍNICA

FIBRILAÇÃO ATRIAL - HOSPITALAR



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:

Acre

Maranhão

Rio de Janeiro

Alagoas

Mato Grosso

Rio Grande do Norte

Amapá

Mato Grosso do Sul

Rio Grande do Sul

Amazonas

Minas Gerais

Rondônia

Bahia

Pará

Roraima

Ceará

Paraíba

Santa Catarina

Distrito Federal

Paraná

São Paulo

Espírito Santo

Pernambuco

Sergipe

Goiás

Piauí

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

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 de 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 documentada
	<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

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 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"/>

Historico Médico

ADMISSÃO FA

VARIÁVEIS SOCIOECONOMICAS E CLÍNICAS

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

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: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Atual <input type="checkbox"/> Passado
	Histórico de consumo de álcool: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Passado
	Uso de drogas ilícitas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Passado
	Exercício físico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Procedimentos prévios	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Cirurgia para FA (MAZE)	<input type="checkbox"/> Cardioversão elétrica	<input type="checkbox"/> 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"/>

Início dos sintomas	Data: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Não documentado
----------------------------	---

Sinais vitais (na admissão)	Não documentado		
	Altura: _____ cm		<input type="checkbox"/>
	Peso: _____ Kg		<input type="checkbox"/>
	IMC _____ (Cálculo automático pelo sistema)		
	FC: _____ bpm		<input type="checkbox"/>
	PA (posição supina) documentado?	<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 documentado	
	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	

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...

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

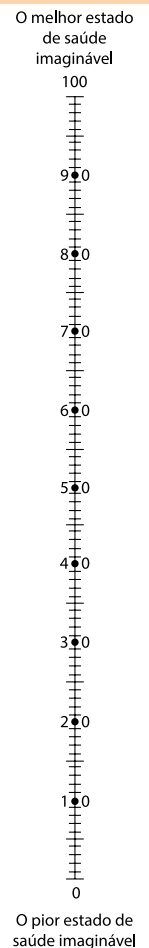
1. Nenhuma
2. Pequena
3. Média
4. Grande
5. Muito grande

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.



INTERNAÇÃO FA

Procedimentos	<input type="checkbox"/> Sem procedimentos	<input type="checkbox"/> Ablação FA/flutter
	<input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco	<input type="checkbox"/> Cirurgia valvar
	<input type="checkbox"/> Angioplastia coronária	<input type="checkbox"/> Oclusão aurícula atrial esquerda
	<input type="checkbox"/> Cardioversão química	<input type="checkbox"/> Terapia de ressincronização (TRC)
	<input type="checkbox"/> Cardioversão elétrica	<input type="checkbox"/> Cardiodesfibrilador implantável (CDI)
	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Cirurgia de MAZE
Quais desses diagnósticos foram identificados nesta internação?	<input type="checkbox"/> Doença hepática	<input type="checkbox"/> AVC hemorrágico
	<input type="checkbox"/> Estenose mitral	<input type="checkbox"/> AIT
	<input type="checkbox"/> Doença vascular	<input type="checkbox"/> DAC
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> IAM
	<input type="checkbox"/> IC	<input type="checkbox"/> Nenhum
	<input type="checkbox"/> AVC isquêmico	
Função ventricular	Realizado: <input type="checkbox"/> Nesta internação <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	
Anticoagulação parenteral intra-hospitalar	<input type="checkbox"/> Heparina não fracionada <input type="checkbox"/> Outro anticoagulante IV	
	<input type="checkbox"/> Heparina de baixo peso molecular <input type="checkbox"/> Nenhum	
<input type="checkbox"/> O CHADS2 <input type="checkbox"/> O CHADS2-VASc	Score: _____ <input type="checkbox"/> Não documentado	
Há alguma razão para não documentação do Score?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cálculo CHADS2-VASc (Selecionar todos os que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	
	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial (PA constantemente acima de 140/90mmHg ou uso de anti-hipertensivos)	
	<input type="checkbox"/> Idade > 75 anos	
	<input type="checkbox"/> Idade 65-74 anos	
	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	
	<input type="checkbox"/> AVC/AIT/tromboembolismo prévio	
	<input type="checkbox"/> História de doença vascular (DAC, IAM prévio, DAP)	
<input type="checkbox"/> Sexo feminino		
<input type="checkbox"/> Nenhuma das alternativas		
Score CHADS2-VASc: _____ (Cálculo automático pelo sistema)		
HAS-BLED informado no prontuário médico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Score: _____	
Há alguma razão para não documentação do Score?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cálculo HAS-BLED (selecione os que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial não controlada	<input type="checkbox"/> INR Instável (manutenção na faixa terapêutica < 60%)
	<input type="checkbox"/> Alteração função renal	<input type="checkbox"/> Idade > 65 anos
	<input type="checkbox"/> Alteração função hepática	<input type="checkbox"/> Uso de antiagregantes plaquetários/anti-inflamatórios
	<input type="checkbox"/> História de AVC	<input type="checkbox"/> Uso de álcool
	<input type="checkbox"/> História de Sangramento	<input type="checkbox"/> Nenhuma das alternativas
Score HAS-BLED: _____ (Cálculo automático pelo sistema)		

FORMULARIO DE ALTA HOSPITALAR

Data/hora de alta: ____/____/____ ____:____

Hora desconhecida

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

Paciente em cuidados paliativos? Sim Não Não documentado

PA sistólica _____ mmHg PA (sistólica) documentada

PA diastólica _____ mmHg PA (diastólica) documentada

Sinais vitais (o mais próximo da alta) FC _____ bpm Não documentado

Se FC > 110 bpm na alta, documentado razão no prontuário? Não Sim

Peso _____ kg Não documentado

Laboratório (mais próximo da alta) Contagem de plaquetas _____ mm³ Não disponível

Creatinina sérica _____ mg/dL Não disponível

INR _____ Não disponível

Ritmo na alta hospitalar? Fibrilação atrial (FA) Taquicardia atrial

Flutter atrial Marcapasso

Ritmo sinusal Outros

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"/> Dipiridamol <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Prasugel <input type="checkbox"/> Ticlopidina <input type="checkbox"/> Outros
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Varfarina <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <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"/>	

AÇÕES PREVENTIVAS

	Sim	Não	Não documentado	Não aplicável
Paciente foi aconselhado para parar o tabagismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente ou o cuidador receberam e foram orientados com material educacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recomendação para nível de atividade física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientações para uso das medicações prescritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
	<input type="checkbox"/> Monitoramento domiciliar <input type="checkbox"/> Clínica de anticoagulação			
Se sim, quem acompanhará o INR?	<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			

ADMINISTRATIVO

CID-10: Código do diagnóstico principal _____

- I50 - Insuficiência cardíaca
- I48 - Flutter e fibrilação atrial
- I20.0 - 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 coletado? Sim Não

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

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-aortico (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
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
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parou de fumar		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diminuiu número de cigarros		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aumentou número de cigarros		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inalterado		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paciente começou a fumar		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não aplicável		
Paciente vem realizando atividade física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não coletado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não aplicável		<input type="checkbox"/> Não coletado
Se uso de anticoagulante, o paciente tem feito acompanhamento do INR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 coletado? 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?	<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						
Paciente vem realizando atividade física?	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Não coletado		
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...

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

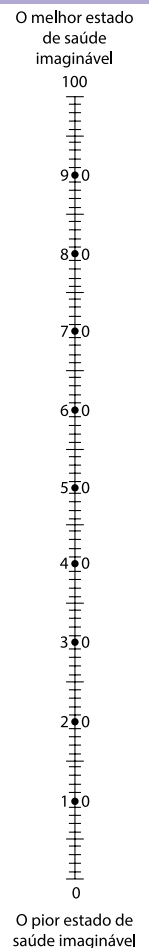
1. Nenhuma
2. Pequena
3. Média
4. Grande
5. Muito grande

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:

