

# FICHA CLÍNICA

## INSUFICIÊNCIA CARDÍACA 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 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

### IC

	Sim	Não
<b>Critérios de inclusão</b>		
Maior que 18 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico primário IC (aguda nova ou IC crônica descompensada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentimento do paciente em participar do estudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Critérios de exclusão</b>		
História prévia de IC, no entanto admitidos na sala de emergência com diagnóstico clínico de dispneia por outras causas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientes com remoção planejada para outro estabelecimento ou planejamento de internação hospitalar por menos de 24 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BNP menor igual 100, ou NT-proBNP menor igual 400 (quando disponível).	<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
<b>FATORES DE RISCO E COMORBIDADES</b>			
Hipertensão Arterial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidente cerebrovascular/ AIT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença carotídea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença da artéria coronária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença vascular periférica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto agudo do miocárdio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flutter atrial/FA (permanente ou recorrente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência cardíaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença de Chagas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença reumática cardíaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença valvar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPOC/Asma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnéia do sono		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença hepática		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRC dialítica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRC crônica (Cr >2.0)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertireoidismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotireodismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer órgão sólido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer hematológico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Paciente tem histórico de procedimentos cardiológicos prévios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</b>			
<b>PROCEDIMENTOS PRÉVIOS</b>			
Angioplastia coronária		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia de revascularização do miocárdio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasso definitivo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia de ressincronização cardíaca (TRC)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiodesfibrilador implantável (CDI)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótese valvar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivo de assistência ventricular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplante cardíaco		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Histórico  
médico

## ADMISSÃO IC

### VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS

Data admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

- 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

- Etiologia insuficiência cardíaca**
- Isquêmico
  - Hipertensivo
  - Alcoolica
  - Cardiotoxicidade (quimioterápicos/drogas)
  - Miocardite
  - Doença de Chagas
  - Familiar
  - Valvar
  - Miocardiopatas Restritivas
  - Miocardiopatia Hipertrofica
  - Desconhecido/ Idiopática
  - Outras etiologias

Conhecia diagnostico de IC antes desta internação?  Não  Sim

- Classe funcional IC**
- I
  - II
  - III
  - IV
  - Não documentado

- Perfil hemodinâmico**
- Quente-seco
  - Quente - úmido
  - Frio-úmido
  - Frio-seco
  - Não documentado

- Paciente na fila do transplante**
- Sim
  - Não

		Sim	Não	Não documentado
<b>Sinais/ Sintomas admissão (selecionar todas que se aplicam)</b>	Apresentou sintomas na admissão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dispneia em repouso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ortopneia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dispneia paroxística noturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dispneia ao caminhar no plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dispneia ao subir escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diminuição do apetite/ saciedade precoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Choque CDI/ arritmia ventricular sustentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sobrecarga de volume/ ganho de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dor torácica	<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"/>
	Baixa perfusão periférica/choque circulatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sinais vitais (na admissão)</b>	Altura: _____ cm			
	Peso: _____ Kg			
	IMC: _____ (Cálculo automático pelo sistema)			
	FC: _____ bpm			
	PA sistólica: _____ mmHg      PA diastólica: _____ mmHg			
<b>Exame físico</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não documentado</b>
	Turgência jugular patológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crepitantes pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sibilos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Edemas de MMII	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ascite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Terceira bulha cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<b>Não documentado</b>		
<b>Laboratorial (mais próximo da admissão)</b>	Na: _____ mmol/L	<input type="checkbox"/>		
	Hb: _____ g/dL	<input type="checkbox"/>		
	BNP: _____ pg/dL	<input type="checkbox"/>		
	NTProBNP: _____ pg/dL	<input type="checkbox"/>		
	Creatinina: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/>		
	Uréia: _____ mg/dL	<input type="checkbox"/>		
	Potássio: _____ mmol/L	<input type="checkbox"/>		
	Glicemia em jejum (mg/dL): _____	<input type="checkbox"/>		
	Troponina (pico):			
	Troponina unidade de medida: <input type="checkbox"/> ng/mL <input type="checkbox"/> ug/L			
Troponina tipo: <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ultrasensível				
Valor superior de normalidade (ref.): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
<b>Eletrocardiograma</b>	<input type="checkbox"/> Não documentado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	<b>Ritmo</b> <input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Fibrilação/flutter atrial <input type="checkbox"/> Marcapasso <input type="checkbox"/> Outros Duração QRS (ms): _____ <input type="checkbox"/> Não documentado	<b>Distúrbio de condução</b> <input type="checkbox"/> Hemibloqueio anterior esquerdo <input type="checkbox"/> Bloqueio de ramo direito completo <input type="checkbox"/> Bloqueio de ramo esquerdo completo <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"/> Outro _____		
<b>Radiografia de tórax</b>	Derrame pleural    se sim, <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não documentado</b>
	Edema pulmonar    se sim, <input type="checkbox"/> Alveolar <input type="checkbox"/> Intersticial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Índice cardiotorácico > 0,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Redistribuição de fluxo para lobos superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Outras condições que contribuíram para exarcebação IC (selecione todas que se aplicam)</b>	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Isquemia/ SCA		
	<input type="checkbox"/> Complicação respiratória	<input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada		
	<input type="checkbox"/> Descompensação insuf. renal	<input type="checkbox"/> Não adesão alimentar/hídrica		
	<input type="checkbox"/> Não adesão medicamentosa	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Infecção	<input type="checkbox"/> Desconhecido		



## 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

<b>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.</b>	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

<b>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:</b>	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

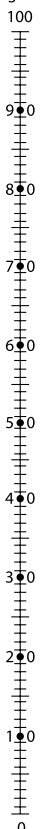
2. Tempo de entrevista: \_\_\_\_\_ minutos

## 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.

O melhor estado de saúde imaginável



O pior estado de saúde imaginável

## INTERNAÇÃO IC

<b>Procedimentos</b>	<input type="checkbox"/> Sem procedimentos	<input type="checkbox"/> Cirurgia valvar	
	<input type="checkbox"/> Cateterismo (Dir ou Esq)	<input type="checkbox"/> Cirurgia de revascularização miocárdica	
	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Transplante cardíaco	
	<input type="checkbox"/> Terapia ressincronização (TRC)	<input type="checkbox"/> Outras cirurgias cardíacas	
	<input type="checkbox"/> Cardiodesfibrilador implantável (CDI)	<input type="checkbox"/> Diálise ou ultrafiltração	
	<input type="checkbox"/> Cardioversão elétrica		
	<input type="checkbox"/> Ablação FA		
<input type="checkbox"/> Angioplastia coronária (com ou sem stent)			
<input type="checkbox"/> Dispositivo de assistência ventricular E			
<b>Tratamento parenteral durante internação</b> (marcar todas que se aplicam)	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Dobutamina	
	<input type="checkbox"/> Dopamina	<input type="checkbox"/> Diurético de alça	
	<input type="checkbox"/> Milrinone	<input type="checkbox"/> Bolus intermitente	
	<input type="checkbox"/> Nesiritide	<input type="checkbox"/> Infusão contínua	
	<input type="checkbox"/> Nitroglicerina	<input type="checkbox"/> Antagonista vasopressina	
<input type="checkbox"/> Nitroprussiato			
<b>Função ventricular</b>	Realizado: <input type="checkbox"/> Nesta internação	<input type="checkbox"/> < 1 ano	<input type="checkbox"/> > 1 ano
	FEVE: _____ %	<input type="checkbox"/> Não documentado	
	Diâmetro átrio esquerdo: _____ ml	<input type="checkbox"/> Não documentado	
	Volume do átrio esquerdo: _____ mm	<input type="checkbox"/> Não documentado	
	E/E': _____	<input type="checkbox"/> Não documentado	
	PSAP: _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não documentado	
	<b>Disfunção diastólica</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Disfunção diastólica grau II
	<input type="checkbox"/> Disfunção diastólica grau I	<input type="checkbox"/> Disfunção diastólica grau III	<input type="checkbox"/> Desconhecido
Paciente com mobilidade reduzida durante a internação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não documentado
<b>A profilaxia para TVP foi realizada durante a internação?</b>	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não documentado
	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não aplicável
<b>TEP ou TVP documentado nesta internação?</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
<b>Registro em prontuário do controle do peso em pelo menos 70% do período da internação?</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Houve algum evento clínico grave durante a interação?</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<b>Houve suspensão do beta-bloqueador (se em uso prévio) na admissão ou durante internação hospitalar?</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica

## FORMULARIO DE ALTA HOSPITALAR

Data/hora de alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_  Hora desconhecida

Tempo de permanência hospitalar: \_\_\_\_\_

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

Paciente em cuidados paliativos?  Sim  Não  Não documentado

Sinais vitais (o mais próximo da alta)

PA sistólica _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não documentado
PA diastólica _____ mmHg	<input type="checkbox"/> Não documentado
FC _____ bpm	<input type="checkbox"/> Não documentado
Peso _____ kg	<input type="checkbox"/> Não documentado

Laboratório (mais próximo da alta)

Creatinina sérica _____ mg/dL	<input type="checkbox"/> Não documentado
INR _____	<input type="checkbox"/> Não documentado
BNP _____	<input type="checkbox"/> Não documentado
NTProBNP _____	<input type="checkbox"/> Não documentado

## MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ALTA HOSPITALAR

	Sim	Não	Contraindicado	Qual	Dose/dia
<b>Antiagregantes e anticoagulantes</b>					
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	_____ mg
<b>Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos e inibidores do nó sinusal</b>					
Beta bloqueador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Propanolol <input type="checkbox"/> Caverdilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
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	_____ mg
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Irbesastan <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
Ivabradina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
Bloqueador de Ca <sup>2+</sup>	<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	_____ mg
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg

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 <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	_____ mg
Antiarrítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dronedarona <input type="checkbox"/> Dofetilida <input type="checkbox"/> Flecainida <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
<b>Inotrópicos</b>					
Digoxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
<b>Diuréticos</b>					
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 <input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida <input type="checkbox"/> Clortiazida <input type="checkbox"/> Clortalidona <input type="checkbox"/> Indapamida <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
Diurético tiazídico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Clortalidona <input type="checkbox"/> Indapamida <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
Espiro lactona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg

## AÇÕES PREVENTIVAS

	Sim	Não	Não documentado	Não se aplica
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 material educacional?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente foi orientado sobre controle de peso?	<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"/>
Referenciado para reabilitação cardíaca?	<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"/>
Aconselhamento em caso de piora dos sintomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aconselhamento para vacinação Influenza e Pneumococo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agendamento de visitas para acompanhamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data/hora da 1ª visita de acompanhamento	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Data não documentada	<input type="checkbox"/> Hora não documentada

## ADMINISTRATIVO

**CID-10: Código do diagnóstico principal** \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I50 - Insuficiência cardíaca      | <input type="checkbox"/> I21 - Infarto agudo do miocárdio            |
| <input type="checkbox"/> I48 - Flutter e fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> I22 - Infarto agudo do miocárdio recorrente |
| <input type="checkbox"/> I20.0 - Angina instável           | <input type="checkbox"/> Outros                                      |

## FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO 30 DIAS

Data do contato: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O paciente foi a óbito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não documentado
* Caso afirmativo, preencher formulário específico			
O paciente foi admitido no serviço de emergência (permanência < 24h) desde o último contato?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se sim, quantas vezes?	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 vezes	<input type="checkbox"/> > ou = 3 vezes
O paciente foi hospitalizado (permanência > 24h) desde o último contato?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se sim, quantas vezes?	<input type="checkbox"/> 1 vez	<input type="checkbox"/> 2 vezes	<input type="checkbox"/> > ou = 3 vezes
Data da primeira hospitalização pós-evento index foi coletada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Data da primeira hospitalização pós-evento index	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não coletado
Se sim, onde foi atendido?	<input type="checkbox"/> Médico de família	<input type="checkbox"/> Ambulatório do SUS	
	<input type="checkbox"/> Consultório particular/convênio	<input type="checkbox"/> Ambulatório da própria instituição	

## MEDICAMENTOS EM USO

	Sim	Não	Contraindicado	Qual	Dose/dia
<b>Antiagregantes e anticoagulantes</b>					
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	_____ mg
<b>Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos e inibidores do nó sinusal</b>					
Beta bloqueador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Propanolol <input type="checkbox"/> Caverdilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
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	_____ mg
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Irbesastan <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
Ivabradina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg

Bloqueador de Ca <sup>2+</sup>	<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	_____ mg
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ mg
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	_____ mg
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	_____ mg
<b>Inotrópicos</b>					
Digoxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ mg
<b>Diuréticos</b>					
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	_____ mg
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	_____ mg
Espiro lactona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ mg

**Na última semana, quantas vezes o(a) senhor (a) deixou de tomar uma dose de qualquer medicação para o coração?** \_\_\_\_\_

## 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"/> Paciente começou a fumar	
	<input type="checkbox"/> Diminuiu número de cigarros <input type="checkbox"/> Aumentou número de cigarros <input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Não coletado	
Controle peso:	Com que frequência o paciente se pesa?		
	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente
	<input type="checkbox"/> Não se pesa regularmente	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Não coletado
	Peso do paciente disponível?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Data da última vez que se pesou? ____/____/____		Valor: _____ Kg
	Apresenta ganho de peso maior que 2 Kg por semana?		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
Dieta:	Houve redução no consumo de alimentos ricos em sódio (temperos prontos, embutidos, alimentos industrializados, fast food)?		
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Paciente realiza restrição hídrica?		<input type="checkbox"/> Não coletado
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Se sim, quantos mililitros de líquido consome por dia? _____ mL		<input type="checkbox"/> Não coletado
Paciente vem realizando atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não coletado
Paciente tem frequentado serviço de reabilitação cardíaca?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
			<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?

<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

Se sim, onde foi atendido?

<input type="checkbox"/> Médico de família	<input type="checkbox"/> Ambulatório do SUS
<input type="checkbox"/> Consultório particular/convênio	<input type="checkbox"/> Ambulatório da própria instituição

## MEDICAMENTOS EM USO

	Sim	Não	Contraindicado	Qual	Dose/dia
<b>Antiagregantes e anticoagulantes</b>					
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	_____ mg
<b>Hipotensores, antiarrítmicos, antianginosos e inibidores do nó sinusal</b>					
Beta bloqueador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Propranolol <input type="checkbox"/> Caverdilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
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	_____ mg
BRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Irbesartan <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
Ivabradina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg

				<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	
Bloqueador de Ca <sup>2+</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
Hidralazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
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 <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	_____ mg
Antiarrítmicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
<b>Inotrópicos</b>					
Digoxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
<b>Diuréticos</b>					
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 <input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida <input type="checkbox"/> Clortiazida <input type="checkbox"/> Clortalidona <input type="checkbox"/> Indapamida <input type="checkbox"/> Outros	_____ mg
Diurético tiazídico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
Espiro lactona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ mg
<b>Na última semana, quantas vezes o(a) senhor (a) deixou de tomar uma dose de qualquer medicação para o coração?</b> _____					

## ACÇÕES 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
	Com que frequência o paciente se pesa?						
Controle peso:	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Não se pesa regularmente	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Não coletado	
	Peso do paciente disponível?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não coletado		
	Data da última vez que se pesou?		___/___/___	Valor:	_____ Kg		
	Apresenta ganho de peso maior que 2 Kg por semana?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Não coletado	
Dieta:	Houve redução no consumo de alimentos ricos em sódio (temperos prontos, embutidos, alimentos industrializados, fast food)?						
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Não coletado			
	Paciente realiza restrição hídrica?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Não coletado	
Se sim, quantos mililitros de líquido consome por dia?		_____ mL					
Paciente vem realizando atividade física?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não coletado				
Paciente tem frequentado serviço de reabilitação cardíaca?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<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

<b>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.</b>	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
<b>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:</b>	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

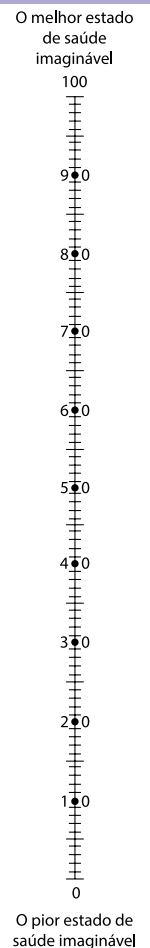
1. Nenhuma
2. Pequena
3. Média
4. Grande
5. Muito grande

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:

