

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>IMPORTANTE LEMBRAR ANTES DA ALTA</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
SCA atual foi estratificada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesões coronarianas graves angiograficamente e não culpadas pelo evento foram estratificadas funcionalmente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatores de risco foram diagnosticados e tratados? (HAS, DM, DAOP, Doença Carotídea, DRC)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente possui ECG de alta hospitalar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi realizado Ecocardiograma antes da alta hospitalar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente tem diagnóstico de FA concomitante?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Se FA</b>	Foi calculado o CHADSVASC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Foi calculado o HASBLED?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICAMENTOS NA ALTA</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Aspirina na ausência de contraindicação?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inibidor da P2Y12 (clopidogrel ou outro)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betabloqueador na maior dose tolerada na ausência de contraindicações?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estatina em dose moderada a alta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IECA ou BRA, na maior dose tolerada, na ausência de contraindicações e na presença de HAS, DM ou disfunção do VE?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espironolactona se FEVE < 40% e sintomas de IC ou DM (na ausência de contraindicações)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diurético se sintomas de IC?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulante em paciente com FA ou trombo no VE?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ORIENTAÇÕES DE ALTA</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Se tabagismo, paciente foi aconselhado para parar de fumar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente foi referenciado para reabilitação cardíaca?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>O paciente e o cuidador receberam orientações e material educacional?</b>	Orientações de Mudança de estilo de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientações de controle de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recomendação para exercício físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientações para uso das medicações prescritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientações para uso correto do anticoagulante?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi realizado agendamento do retorno ambulatorial com Cardiologia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi realizado agendamento do retorno ambulatorial com equipe multidisciplinar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>