

Nome do Paciente: _____ Número do Prontuário: _____ Data: ___/___/___

IMPORTANTE LEMBRAR ANTES DA ALTA		SIM	NÃO
Paciente estável hemodinamicamente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado volêmico do paciente foi corrigido (paciente próximo de seu peso seco)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de dispneia em repouso ou aos mínimos esforços?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente orientado quanto aos fatores precipitantes da descompensação?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente tem diagnóstico de FA concomitante?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se FA	Foi calculado o CHADSVASC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Foi calculado o HASBLED?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasso, CDI ou Ressincronizador	Paciente já foi avaliado para indicação de Dispositivo Cardíaco Implantável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se uso de Dispositivo, é necessário reavaliação (telemetria)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente em fase terminal da doença (Estágio D) já foi avaliado para indicação de Transplante Cardíaco (paciente é elegível)?			

OTIMIZADA A TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA IC?		SIM	NÃO
IECA ou BRA na maior dose tolerada na ausência de contraindicações?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betabloqueador na maior dose tolerada na ausência de contraindicações?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espironolactona na ausência de contraindicações?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dose otimizada diurético de alça para minimizar sintomas congestivos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há indicação de Hidralazina + Nitrato (em paciente com dose máxima de IECA e ainda hipertenso)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há indicação de digoxina? (Atenção às contraindicações, nível sérico alvo e interações medicamentosas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina e Estatina para pacientes com DAC?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulante em paciente com FA ou FTE prévio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORIENTAÇÕES DE ALTA		SIM	NÃO
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"/>
O paciente e o cuidador recebem orientações e material educacional?	Orientações de Mudança de estilo de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientações de controle de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientações da restrição hídrica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recomendação para exercício físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orientações para uso correto 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"/>
Se uso de Dispositivo Cardíaco Implantável, foi realizado agendamento do retorno ambulatorial no Setor de Marcapasso?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>