

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

Importante lembrar antes da Alta		SIM	NÃO
Foi calculado o CHA ₂ DS ₂ VASc ₂ ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi calculado o HASBLED?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otimizada a terapia medicamentosa?		SIM	NÃO
Terapia anticoagulante prescrita de acordo com os escores de risco?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em caso de prescrição de varfarina, alcanou ou alvo terapêutico (INR 2-3) antes da alta hospitalar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se uso de warfarin, foi planejado seguimento do INR?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planejada estratégia para controle de frequência/controle de ritmo?		<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"/>
O paciente e o cuidador receberam 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"/>
	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?		<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"/>
Planejado screening para apneia do sono em caso de suspeita?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>