



MI Registration dictionary



کد پرسشنا

اطلاعات دموگرافیک	نام و نام خانوادگی : شماره پرونده : (شماره پرونده بیمارستان) اجباری است. جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد بستری (بستری) شماره تلفن منزل : شماره تلفن همراه : آدرس : آیا در حال حاضر شاغل هستید ؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی اگر بلی شغل اصلی منبع درآمد : : در صورت شاغل بودن کدامیک از موارد زیر نوع کار شما را توصیف می کند: <input type="checkbox"/> مدیریتی <input type="checkbox"/> دفتری <input type="checkbox"/> کشاورزی <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> امنیتی/نظامی <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> سایر: اگر خیر: <input type="checkbox"/> محصل/دانشجو <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> کار در منزل <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> جویای کار <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> از کارافتاده <input type="checkbox"/> سایر:
	تاریخ پذیرش اورژانس: 13 / / ساعت پذیرش به اورژانس : نحوه پذیرش اورژانس: <input type="checkbox"/> توسط اورژانس 115 <input type="checkbox"/> ارجاع از بیمارستان / مطب <input type="checkbox"/> مراجعه مستقیم توسط بیمار <input type="checkbox"/> بستری مستقیم در CCU: بیمار بستری در بیمارستان <input type="checkbox"/> ارجاع از بیمارستان / مطب <input type="checkbox"/>
پذیرش	راهنما: ساعت پذیرش به اورژانس : اولین ساعتی که در پرونده اورژانس ثبت شده است یا ساعتی که روی اولین ECG اورژانس ثبت شده است. بستری مستقیم در CCU: در صورتیکه بیمار از سایر بخشهای بیمارستان یا از سایر مراکز درمانی به سی سی یو منتقل شده باشد مشخص نمایید.
	سابقه سکته قلبی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی تاریخ: 13..... نامعلوم <input type="checkbox"/> سابقه CABG <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی تاریخ: 13..... نامعلوم <input type="checkbox"/> سابقه PCI: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی تاریخ: 13..... نامعلوم <input type="checkbox"/> سابقه CVA <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی نامعلوم <input type="checkbox"/> نارسایی کلیه وابسته به دیالیز: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی نامعلوم <input type="checkbox"/> راهنما: <input type="checkbox"/> بیمار ذکر میکنید سابقه ندارد. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> بیمار مستندات دارد. تاریخ: 13..... نامعلوم <input type="checkbox"/> بیمار سابقه مثبت بدون مستندات دارد.
سابقه بیماری قلبی	حداقل یک ماه مصرف منظم داروهای : <input type="checkbox"/> کلسیم بلوکر <input type="checkbox"/> بتابلوکر <input type="checkbox"/> ARB/ACE-I <input type="checkbox"/> نیترات <input type="checkbox"/> دیژیتال <input type="checkbox"/> دیورتیک <input type="checkbox"/> ضد آریتمی <input type="checkbox"/> استاتین <input type="checkbox"/> پایین آورنده خوراکی قند خون <input type="checkbox"/> انسولین <input type="checkbox"/> استروئید <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> آلداکتون <input type="checkbox"/> سایر
	حداقل یک هفته مصرف منظم داروهای : <input type="checkbox"/> آسپرین <input type="checkbox"/> کلپیدگروول <input type="checkbox"/> سایر: راهنما: لطفا تمام موارد سوال شود و داروهایی که مصرف میکنند را علامت ✓ و داروهایی که مصرف نمیکنند علامت - درج نمایید.
سابقه دارویی	فشار خون بالا : <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی در صورت بلی: نوع درمان (رژیم غذایی <input type="checkbox"/> درمان دارویی <input type="checkbox"/>) نامعلوم <input type="checkbox"/> در صورت بلی: نوع درمان (رژیم غذایی <input type="checkbox"/> درمان دارویی <input type="checkbox"/>) نامعلوم <input type="checkbox"/>
	راهنما: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه فشار خون بیشتر یا مساوی 140/90 mmhg را در دو مرتبه اندازه گیری در مطب نمیدهد و تحت درمان دارویی ضد فشار خون بالا نیست. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> سابقه فشار خون بیشتر / مساوی 140/90 mmhg را در دو مرتبه اندازه گیری در مطب میدهد یا تحت درمان دارویی ضد فشار خون بالا می باشد.
فاکتورها	

	<p>دیابت <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت بلی: نوع درمان (رژیم غذایی <input type="checkbox"/> دارو خوراکی <input type="checkbox"/> انسولین <input type="checkbox"/>) نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه قند خون بیشتر مساوی Mg/dl ۱۲۶ را در آزمایش ناشتا نمیدهد و تحت درمان دارویی ضد دیابت نیست. بلی <input type="checkbox"/> سابقه قند خون بیشتر مساوی Mg/dl ۱۲۶ را در آزمایش ناشتا میدهد یا تحت درمان دارویی ضد دیابت می باشد.</p> <p>هیپرکلسترولمی: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت بلی: نوع (رژیم غذایی <input type="checkbox"/> درمان دارویی <input type="checkbox"/>) نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سابقه کلسترول خون بیشتر مساوی Mg/dl ۲۰۰ را در آزمایش ناشتا نمیدهد و تحت درمان دارویی ضد چربی خون بالا نیست. بلی <input type="checkbox"/> سابقه کلسترول بیشتر مساوی Mg/dl ۲۰۰ را در آزمایش ناشتا میدهد یا تحت درمان دارویی ضد چربی خون بالا می باشد..</p> <p>سیگار: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت بلی: (<input type="checkbox"/> Ex-Smoker <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/>) قلیان خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> اپیوم <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> الکل خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> سایر مخدرها <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورتیکه در حال حاضر سیگار مصرف میکند بلی در نظر گرفته شود. مواردی که قبلا مصرف می کرده ولی در حال حاضر اصلا مصرف نمیکند ex-smoker در نظر گرفته شود. در خصوص قلیان اپیوم و سایر مخدرها هم به همین شیوه عمل شود..</p> <p>سابقه فامیلی سکته قلبی/CABG/استنت گذاری/مرگ ناگهانی در فامیل درجه یک پدر/برادر کمتر از 55 سال و مادر/خواهر کمتر از 65 سال <input type="checkbox"/> (پدر <input type="checkbox"/> مادر <input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>)</p> <p>راهنما: موارد فوق بر اساس شرح حال تکمیل شود. وجود مستندات ضرورت ندارد. (</p>																																									
آزمایشات	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">FBS</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;">Chol</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;">Urea</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;">CPK Max</td> <td style="width:10%;"></td> <td rowspan="5" style="width:20%; vertical-align: top;">لطفا اولین آزمایش ثبت شده در پرونده در نظر گرفته شود.</td> </tr> <tr> <td>Bs</td> <td></td> <td>TG</td> <td></td> <td>Cr</td> <td></td> <td>MB pick</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c</td> <td></td> <td>LDL</td> <td></td> <td>Uric acid</td> <td></td> <td>Troponin I</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td>HDL</td> <td></td> <td>Blood group</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Others</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	FBS		Chol		Urea		CPK Max		لطفا اولین آزمایش ثبت شده در پرونده در نظر گرفته شود.	Bs		TG		Cr		MB pick		HbA1c		LDL		Uric acid		Troponin I		Hb		HDL		Blood group				Others							
FBS		Chol		Urea		CPK Max		لطفا اولین آزمایش ثبت شده در پرونده در نظر گرفته شود.																																		
Bs		TG		Cr		MB pick																																				
HbA1c		LDL		Uric acid		Troponin I																																				
Hb		HDL		Blood group																																						
Others																																										
Reperfusion Therapy	<p>• PPCI خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت بلی</p> <p>• Urgent CABG <input type="checkbox"/> Facilitated PCI <input type="checkbox"/> Rescue PCI <input type="checkbox"/></p> <p>• : علت عدم انجام PPCI : (لطفا علت با نظر پزشک معالج نوشته شود).</p> <p>راهنما: Rescue PCI: انجام PPCI در صورت عدم پاسخ به SK/rTPA و ادامه درد و عدم بازگشت قطعه ST. Facilitated PCI: شروع زودرس SK/rTPA بلافاصله بعد از شروع درد تا انتقال فرد به lab جهت انجام PPCI Urgent CABG: نیاز به انجام اورژانسی CABG به دنبال انجام PPCI</p> <p>• دریافت فیبرینولیتیک <input type="checkbox"/> (نوع دارو <input type="checkbox"/> SK <input type="checkbox"/> rTPA <input type="checkbox"/>) زمان : PM/AM تاریخ : / / 13 (نامعلوم <input type="checkbox"/>) علت عدم دریافت فیبرینولیتیک: (لطفا علت با نظر پزشک معالج نوشته شود)</p>																																									
داروی 24 ساعت اول	<p>Aspirin <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Celestan <input type="checkbox"/> integrilin <input type="checkbox"/> β-blocker <input type="checkbox"/> ACE-I <input type="checkbox"/></p> <p>ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> Nitrat <input type="checkbox"/> Statin <input type="checkbox"/> others:.....</p> <p>راهنما: لطفا تمام موارد در برگه سی سی یو بیمارچک شود و داروهایی که تجویز شده است را علامت ✓ و داروهایی که تجویز نشده است علامت - درج نمایید.</p>																																									
Signe / Symptom	<p>شروع علائم: ساعت : تاریخ : / / 13 نامعلوم <input type="checkbox"/></p> <p>درد سینه خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> تنگی نفس خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> سنکوپ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>تعریق شدید خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> سایر :</p> <p>وضعیت بدو ورود: (killip I (Stable) <input type="checkbox"/> killip II (رال ریوی) <input type="checkbox"/> killip III (ادم حاد ریه) <input type="checkbox"/> killip IV (شوک))</p> <p>VF/VT نیاز مداخله خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> برادی کاردی یا آسیستول خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>Arrest خارج بیمارستان خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: تعریق شدید به تعریقی که منجر به خیس شدن لباس یا ملحه بیمار شود و به دنبال درد سینه باشد. در صورتیکه فرد در بدو ورود دچار آریتمی نیازمند به درمان مثل VF/VT برادی کاردی یا آسیستول یا Arrest خارج بیمارستان باشد نیازی به تعیین وضعیت killip class نیست.</p>																																									

