



Yazd CVD Patients follow up form



تشخیص زمان رجیستری: MI PCI

کد پرسشنامه رجیستری تاریخ و HF CVD

اطلاعات پیگیری	حضوری <input type="checkbox"/> تاریخ / / 13 نوبت پیگیری: 1 ماهه <input type="checkbox"/> 3 ماهه <input type="checkbox"/> 6 ماهه <input type="checkbox"/> 12 ماهه <input type="checkbox"/> 2 ساله <input type="checkbox"/> 3 ساله <input type="checkbox"/>
دموگرافی	نام و نام خانوادگی: شماره پرونده بستری: جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> بیمارستان: تغییر شماره تلفن منزل: دارد <input type="checkbox"/> تغییر آدرس: دارد <input type="checkbox"/> کد ملی: نام: پزشک معالج:
وضعیت حیاتی	فوت <input type="checkbox"/> تاریخ فوت: / / 13 محل فوت: بیمارستان <input type="checkbox"/> نام بیمارستان: خارج از بیمارستان <input type="checkbox"/> علت فوت: (قلبی <input type="checkbox"/> نوع بیماری قلبی: مرگ ناگهانی <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (غیر قلبی <input type="checkbox"/> نوع بیماری غیر قلبی: ناشناخته <input type="checkbox"/>
وضعیت حیاتی	در قید حیات <input type="checkbox"/> ظرفیت عملکردی function class قبل از ورود به رجیستر: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> (NYHA class) IV <input type="checkbox"/> ظرفیت عملکردی function class در حال حاضر: (NYHA class) IV <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> علائم قلبی در حال حاضر: بدون علامت <input type="checkbox"/> سنکوپ <input type="checkbox"/> طپش قلب <input type="checkbox"/> تنگی نفس کوششی <input type="checkbox"/> آنژین تیپیک <input type="checkbox"/> آنژین آتیپیک <input type="checkbox"/> سایر:
اطلاعات بستری مجدد	سابقه بستری مجدد <input type="checkbox"/> تاریخ: / / 13 ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> سایر بخش ها <input type="checkbox"/> بیمارستان محل بستری: علت بستری: 1- قلبی عروقی <input type="checkbox"/> نوع: Acute MI <input type="checkbox"/> unstable angina <input type="checkbox"/> stent thrombosis <input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> heart failure <input type="checkbox"/> 2- غیر قلبی <input type="checkbox"/> نوع بیماری غیر قلبی: ناشناخته <input type="checkbox"/> پروسجر انجام شده در حین بستری: CABG <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Cath angiography <input type="checkbox"/> ICD implementation <input type="checkbox"/> سایر:
مخصوص بیماران پیگیری حضوری:	
معاینه فیزیکی	فشار خون: mmhg نبض: Beat/min قد: وزن: دور شکم: دور گردن: سوفل قلبی خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در خصوص بیماران CABG: عفونت زخم <input type="checkbox"/> اسکار هیپرتروفیک <input type="checkbox"/> هیپواستزی محل اسکار <input type="checkbox"/> JVP: نرمال <input type="checkbox"/> برجسته <input type="checkbox"/> سایر نشانه ها:
ریسک فاکتورها	سابقه مصرف سیگار: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت بلی: کاهش دوز <input type="checkbox"/> ترک کامل (حداقل یکسال) <input type="checkbox"/> ترک ناقص <input type="checkbox"/> ادامه مصرف <input type="checkbox"/> (..... سابقه مصرف قلیان: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت بلی: کاهش دوز <input type="checkbox"/> ترک کامل (حداقل یکسال) <input type="checkbox"/> ترک ناقص <input type="checkbox"/> ادامه مصرف <input type="checkbox"/> (..... سابقه مصرف تریاک: خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت بلی: کاهش دوز <input type="checkbox"/> ترک کامل (حداقل یکسال) <input type="checkbox"/> ترک ناقص <input type="checkbox"/> ادامه مصرف <input type="checkbox"/> (.....

شماره	نام دارو	خیر	بلی	شماره	نام دارو	خیر	بلی	شماره	نام دارو	خیر	بلی
1	A.S.A			5	ACE inh			9	CCBs		
2	آسپرین کلوپیدگرل پلاویکس				کابتوپریل لینرینوپریل انالپریل				آملودیپین ورابامیل دیلتیازم		
3	آسویکس			6	دیورتیک			10	اسپیرونولاکتون آلداکتون		
	زیلت				هیدروکلرودت یازید				نیترات نیتروکانتین ایزوسورباید		
4	βBs			7	تريامترن H فوروسماید			11			
	ایندرال				ARBs			12			
	آتنولول				لوزارتان والزارتان						
	متوپرولول کارودیلول				استروئید						
5	پایین آورنده چربی خون آزیتیمیب			دوز مصرف	NSAID			13	پایین آورنده قند خون انسولین:		
	فیبرات				ضد آریتمی				متفورمین گلیبن کلامید علت عدم مصرف:		
	جمفیروزل فنوفیبرات کلوفیبرات سایر										
علت عدم مصرف :											

اطلاعات دارویی	استاتین: مصرف میکند <input type="checkbox"/> نوع: لوواستاتین <input type="checkbox"/> آتورواستاتین <input type="checkbox"/> رزورواستاتین <input type="checkbox"/> سیمواستاتین <input type="checkbox"/> دوز روزانه علت عدم مصرف: کنتراندیکاسیون <input type="checkbox"/> عدم تحمل <input type="checkbox"/> عدم پذیرش بیمار <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به تغییر دوز یا نوع استاتین: <input type="checkbox"/> علت: میوپاتی <input type="checkbox"/> میالژی <input type="checkbox"/> اختلال عملکرد کبد <input type="checkbox"/> اختلال عملکرد کلیه <input type="checkbox"/> سایر:																
آزمایشات	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">FBS</td> <td style="width: 25%;">Chol</td> <td style="width: 25%;">Cr</td> <td style="width: 25%;">Others</td> </tr> <tr> <td>2hpp</td> <td>TG</td> <td>Uric acid</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HbA1c</td> <td>LDL</td> <td>AST</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td>HDL</td> <td>ALT</td> <td></td> </tr> </table>	FBS	Chol	Cr	Others	2hpp	TG	Uric acid		HbA1c	LDL	AST		Hb	HDL	ALT	
FBS	Chol	Cr	Others														
2hpp	TG	Uric acid															
HbA1c	LDL	AST															
Hb	HDL	ALT															
خود مراقبتی	نحوه مصرف دارو: <input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نامنظم نحوه مراجعه به پزشک معالج: <input type="checkbox"/> منظم <input type="checkbox"/> نامنظم رعایت اصول سبک زندگی سالم: رژیم غذایی سالم: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> فعالیت بدنی مطلوب: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کنترل صحیح استرس: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اقدام به ترک سیگار: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>																
اکو	Clot در آپکس بطن چپ: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی LVEF																
تست ورزش	تاریخ انجام: / / 13 نتیجه تست: منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> درد سینه یا خستگی حین تست: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> METS: <input type="checkbox"/>																

آموزش : 1- علایم هشدار دهنده 2- رژیم غذایی سالم 3- فعالیت بدنی مطلوب

4- کنترل استرس

انجام مشاوره های تخصصی :

1- قلب و عروق

2- تغذیه نوع رژیم غذایی :

3- روانشناسی تشخیص :

4- ورزشی ورزش های پیشنهادی :

5- بازتوانی پذیرش در بخش بازتوانی : بلی خیر (قادر به شرکت در برنامه بازتوانی نمی

باشد برنامه بازتوانی شروع شده است

یک دوره کامل انجام شده است یک دوره ناقص برای

جلسه انجام شده است علت عدم تکمیل دوره بازتوانی :

بیمار به شغل بازگشته است: خیر بلی در صورت بلی: به شغل قبلی به شغل دیگر نوع شغل :

توضیحات :

نام پزشک:

امضاء نام پرستار :

امضاء

امضاء

امضاء

امضاء

امضاء

1- عدم دسترسی : سه بار تماس تلفنی و عدم دسترسی به بیمار برای همان نوبت و دفعه بعد حتما تماس گرفته شود.

2- اگر بیمار در حین پیگیری CABG و MI مجدد یا PCI مجدد شد دعوت بعدی بیمار پیگیری از اول شروع می شود.

3- در صورتیکه تماس تلفنی برای پیگیری، بیمار فوت کرده باشد، تاریخ فوت، عمل و بیمارستان (توسط اپراتور پرسیده می شود. ولی بررسی علل فوت با کمیته (بررسی علل فوت) می باشد . اعضای کمیته شامل : متخصص قلب - مجری اول - پزشک و پرستار

4- علت بستری : جهت بررسی علت بستری لازم است، پرونده بیمارستانی فرد توسط پزشک طرح کامل بررسی شود و بر اساس پرونده و تشخیص پزشک معالج خواهد بود.

5- ریسک فاکتورها : بیمار هیچوقت سیگار نکشیده است Never Smoker (هیچگاه) - قبلا استفاده میکرده است Ex Smoker

وضعیت فعلی : منظور این است که در تاریخ ویزیت چه تغییراتی در smoking در مقایسه با قبل از حادثه ایجاد شده است.