

Progetto

***“PREVENZIONE DELLE RECIDIVE
NEI SOGGETTI CHE HANNO GIA’ AVUTO
ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI ”***

**RACCOLTA DATI CLINICI E MONITORAGGIO
DEL PROFILO DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE
IN PAZIENTI CON 1° INFARTO MIOCARDICO**

(Età ≤ 80 anni)

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|



Progetto

“PREVENZIONE DELLE RECIDIVE NEI SOGGETTI CHE HANNO GIA’ AVUTO ACCIDENTI CARDIOVASCOLARI ”

Coordinatore del Progetto
Dr. P. Giannuzzi
Fondazione S. Maugeri
Istituto Scientifico di Veruno
E-mail: pgiannuzzi@fsm.it

Segreteria Organizzativa
Sig. G. Omarini
Fondazione S. Maugeri
Istituto Scientifico di Veruno
E-mail: gomarini@fsm.it
Tel: 0322/884782
FAX : 0322/884816

ISTRUZIONI GENERALI PER LA COMPILAZIONE

- Le schede vanno compilate in stampatello e con penna nera a sfera
- I numeri devono essere ben leggibili
- È fondamentale rispondere a tutte le domande

INVIARE LE SCHEDE COMPILATE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

FAX : 0322/884816

Codice Ospedale

Codice paziente

Cognome _____ (stampatello)

Nome _____ (stampatello)

Codice Fiscale

Domicilio: Comune **Provincia**

Via _____

Telefono

Data di nascita

Sesso M F

Scolarità (anni di studio)

Abita da solo NO SI

Ha l'assistenza di una badante NO SI

Pensionato NO SI

In attività lavorativa NO SI

Dipendente Autonomo Casalinga

Disoccupato Studente Altro

Tipo di lavoro Manuale Non manuale

Data di arruolamento (pre- dimissione)

Il paziente è stato arruolato in altri protocolli di ricerca? NO SI

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

DATI RELATIVI AL BASALE
(all'arruolamento pre-dimissione)

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|_|_|

IMA indice data	_ _ _ _ _ _ _
PTCA / STENT	NO _ SI _ data _ _ _ _ _ _ _ _
By-pass	NO _ SI _ data _ _ _ _ _ _ _ _
Scompenso Cardiaco dopo IM	NO _ SI _
FE	_ _ % pre-dimissione

ESAMI DI LABORATORIO EFFETTUATI NELLE PRIME 48 ORE A DIGIUNO

Colesterolemia totale	_ _ _ mg/dl	Creatininemia	_ , _ mg/dl
Colesterolemia HDL	_ _ _ mg/dl	Ac. Urico	_ _ , _ mg/dl
Colesterolemia LDL	_ _ _ mg/dl	Trigliceridemia	_ _ _ mg/dl
Hb glicosilata	_ _ , _ %	Glicemia	_ , _ _ g/dl

PATOLOGIE CONCOMITANTI E FATTORI DI RISCHIO

Diabete mellito trattato	NO _ SI _
Ipertensione arteriosa trattata	NO _ SI _
Claudicatio intermittens	NO _ SI _
Ictus progresso	NO _ SI _
Fibrillazione/flutter atriale cronico	NO _ SI _
Storia di ipercolesterolemia	NO _ SI _ Non nota _
Storia di ipertrigliceridemia	NO _ SI _ Non nota _
Familiarità per cardiopatia ischemica precoce (M < 60 anni F < 65 anni)	NO _ SI _
Procedure o interventi vascolari in altri distretti	NO _ SI _
Fumo	Mai _ Presente _ Ex fumatore (≥ 1 anno) _ n°sig./die _ _
Altre patologie di rilievo	_____

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

DATI DA RILEVARE ALL'ARRUOLAMENTO PRE-DIMISSIONE

Peso _ _ _ Kg	Altezza _ _ _ cm	Circonferenza vita _ _ _ cm
PAS _ _ _ mmHg	PAD _ _ _ mmHg	FC/min _ _ _

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN CORSO ALL'ARRUOLAMENTO PRE-DIMISSIONE

β -Bloccanti <input type="checkbox"/>	Acido acetilsalicilico <input type="checkbox"/>	ACE inibitori e/o sartani <input type="checkbox"/>
Statine <input type="checkbox"/>	PUFA n-3 <input type="checkbox"/>	Nitroderivati <input type="checkbox"/>
Ca-Antagonisti <input type="checkbox"/>	Antidiabetici orali <input type="checkbox"/>	Insulina <input type="checkbox"/>
Ezetimibe <input type="checkbox"/>	Altri ipolipemizzanti <input type="checkbox"/>	Altri antiaggreganti <input type="checkbox"/>
Diuretici <input type="checkbox"/>	Anticoagulanti <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE NEI 6 MESI PRECEDENTI L'ARRUOLAMENTO

	NO	SI
Consuma quotidianamente verdura e frutta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma abitualmente olio di oliva come condimento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma pesce almeno 2 volte la settimana ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTIVITA' FISICA NEI 6 MESI PRECEDENTI L'ARRUOLAMENTO

	NO	SI
Pratica abitualmente attività fisica (cammino a passo svelto per 30-60 minuti per almeno 3-5 volte a settimana) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SI
E' stato avviato a riabilitazione degenziale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' già seguito dal Centro Antidiabetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato avviato al Centro Antidiabetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato avviato al Centro Antifumo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato avviato al Servizio Dietetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale | | |

Codice paziente | | | | |

BARTHEL INDEX : VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'
(ALL'ARRUOLAMENTO PRE-DIMISSIONE)

ATTIVITA'	Punteggio
Alimentazione 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente	
Fare il bagno 0= dipendente 5= indipendente	
Igiene personale 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)	
Vestirsi 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni	
Controllo del retto 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente	
Controllo della vescica 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente	
Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella	
Trasferimenti sedia/letto 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente	
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello	
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili	
TOTALE (0 – 100)	

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

CONTATTO TELEFONICO

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ha chiamato il paziente |_|

Contatto predisposto dalla struttura |_|

Contenuto prevalente del contatto

Conferma appuntamento programmato

Accertamento stato vitale per visita di controllo disattesa

Eventuale rilievo problemi clinici

Eventuale supporto per il percorso diagnostico (esami, indagini, servizi)

Rinforzo Stile di vita

Rinforzo Aderenza ai farmaci

Alimentazione

Attività fisica

Fumo

Stress

Note

Codice Ospedale

Codice paziente

FOLLOW-UP a 6 MESI DALL'IMA

Data di compilazione

Se il paziente non si è presentato alla visita di controllo specificarne il motivo:

Paziente deceduto

Paziente non rintracciabile

Stato vitale accertato

Altro _____

EVENTI CLINICI CON RICOVERO SUCCESSIVI ALL'ARRUOLAMENTO

Reinfarto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Ictus cerebrale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
PTCA / STENT	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
By-pass	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Scompenso cardiaco	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Angina	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Aritmie sostenute	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Coronarografia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Impianto PM o altro device	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Altro ricovero	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se si, motivo	_____
Ricorso al DEA	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	n° di volte	<input type="text"/>
Se si, motivo _____				

ESAMI DI LABORATORIO

Colesterolemia totale	<input type="text"/> mg/dl	Creatininemia	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia HDL	<input type="text"/> mg/dl	Ac. Urico	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia LDL	<input type="text"/> mg/dl	Trigliceridemia	<input type="text"/> mg/dl
Hb glicosilata	<input type="text"/> %	Glicemia	<input type="text"/> g/dl

Peso	<input type="text"/> Kg	Circonferenza vita	<input type="text"/> cm
PAS	<input type="text"/> mmHg	PAD	<input type="text"/> mmHg
		FC/min	<input type="text"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN CORSO

β -Bloccanti	<input type="checkbox"/>	Acido acetilsalicilico	<input type="checkbox"/>	ACE inibitori e/o sartani	<input type="checkbox"/>
Statine	<input type="checkbox"/>	PUFA n-3	<input type="checkbox"/>	Nitroderivati	<input type="checkbox"/>
Ca-Antagonisti	<input type="checkbox"/>	Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>
Ezetimibe	<input type="checkbox"/>	Altri ipolipemizzanti	<input type="checkbox"/>	Altri antiaggreganti	<input type="checkbox"/>
Diuretici	<input type="checkbox"/>	Anticoagulanti	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Consuma quotidianamente verdura e frutta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma quotidianamente olio di oliva come condimento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma pesce almeno 2 volte la settimana ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTIVITA' FISICA NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Pratica abitualmente attività fisica (cammino a passo svelto per 30-60 minuti per almeno 3-5 volte a settimana) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUMO NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
<i>Se fumatore prima della patologia coronarica</i> Ha sospeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUPPORTO FAMILIARE

	NO	SI
E' aiutato dai propri familiari a mantenere uno stile di vita sano (non fumano davanti a lei, cercano anche loro di seguire una dieta adeguata, la stimolano a fare attività fisica, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

SUPPORTO MEDICO DI BASE

	NO	SI
Ha ricevuto informazioni su stile di vita, farmaci, fumo, alimentazione, dal suo medico di base?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha trovato utile il supporto ricevuto dal suo medico di base ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAVORO

	NO	SI
Ha ripreso il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se ha ripreso il lavoro</i> Ha ripreso lo stesso tipo di lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ridotto il lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se <u>NON</u> ha ripreso il lavoro</i> E' andato in pensione ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ha ripreso per motivi di salute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SI
Ha effettuato un periodo di riabilitazione presso una struttura specializzata ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antidiabetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antifumo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Servizio Dietetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

CONTATTO TELEFONICO

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ha chiamato il paziente |_|

Contatto predisposto dalla struttura |_|

Contenuto prevalente del contatto

Conferma appuntamento programmato

Accertamento stato vitale per visita di controllo disattesa

Eventuale rilievo problemi clinici

Eventuale supporto per il percorso diagnostico (esami, indagini, servizi)

Rinforzo Stile di vita

Rinforzo Aderenza ai farmaci

Alimentazione

Attività fisica

Fumo

Stress

Note

Codice Ospedale

Codice paziente

FOLLOW-UP a 12 MESI DALL'IMA

Data di compilazione

Se il paziente non si è presentato alla visita di controllo specificarne il motivo:

Paziente deceduto

Paziente non rintracciabile

Stato vitale accertato

Altro _____

EVENTI CLINICI CON RICOVERO SUCCESSIVI ALL'ARRUOLAMENTO

Reinfarto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Ictus cerebrale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
PTCA / STENT	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
By-pass	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Scompenso cardiaco	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Angina	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Aritmie sostenute	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Coronarografia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Impianto PM o altro device	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Altro ricovero	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se si, motivo	_____
Ricorso al DEA	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	n° di volte	<input type="text"/>
Se si, motivo _____				

ESAMI DI LABORATORIO

Colesterolemia totale	<input type="text"/> mg/dl	Creatininemia	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia HDL	<input type="text"/> mg/dl	Ac. Urico	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia LDL	<input type="text"/> mg/dl	Trigliceridemia	<input type="text"/> mg/dl
Hb glicosilata	<input type="text"/> %	Glicemia	<input type="text"/> g/dl

Peso	<input type="text"/> Kg	Circonferenza vita	<input type="text"/> cm
PAS	<input type="text"/> mmHg	PAD	<input type="text"/> mmHg
		FC/min	<input type="text"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN CORSO

β-Bloccanti	<input type="checkbox"/>	Acido acetilsalicilico	<input type="checkbox"/>	ACE inibitori e/o sartani	<input type="checkbox"/>
Statine	<input type="checkbox"/>	PUFA n-3	<input type="checkbox"/>	Nitroderivati	<input type="checkbox"/>
Ca-Antagonisti	<input type="checkbox"/>	Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>
Ezetimibe	<input type="checkbox"/>	Altri ipolipemizzanti	<input type="checkbox"/>	Altri antiaggreganti	<input type="checkbox"/>
Diuretici	<input type="checkbox"/>	Anticoagulanti	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Consuma quotidianamente verdura e frutta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma quotidianamente olio di oliva come condimento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma pesce almeno 2 volte la settimana ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTIVITA' FISICA NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Pratica abitualmente attività fisica (cammino a passo svelto per 30-60 minuti per almeno 3-5 volte a settimana) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUMO NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
<i>Se fumatore prima della patologia coronarica</i> Ha sospeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUPPORTO FAMILIARE

	NO	SI
E' aiutato dai propri familiari a mantenere uno stile di vita sano (non fumano davanti a lei, cercano anche loro di seguire una dieta adeguata, la stimolano a fare attività fisica, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

SUPPORTO MEDICO DI BASE

	NO	SI
Ha ricevuto informazioni su stile di vita, farmaci, fumo, alimentazione, dal suo medico di base?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha trovato utile il supporto ricevuto dal suo medico di base ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAVORO

	NO	SI
Ha ripreso il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se ha ripreso il lavoro</i> Ha ripreso lo stesso tipo di lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ridotto il lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se <u>NON</u> ha ripreso il lavoro</i> E' andato in pensione ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ha ripreso per motivi di salute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SI
Ha effettuato un periodo di riabilitazione presso una struttura specializzata ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antidiabetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antifumo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Servizio Dietetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

CONTATTO TELEFONICO

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ha chiamato il paziente |_|

Contatto predisposto dalla struttura |_|

Contenuto prevalente del contatto

Conferma appuntamento programmato

Accertamento stato vitale per visita di controllo disattesa

Eventuale rilievo problemi clinici

Eventuale supporto per il percorso diagnostico (esami, indagini, servizi)

Rinforzo Stile di vita

Rinforzo Aderenza ai farmaci

Alimentazione

Attività fisica

Fumo

Stress

Note

Codice Ospedale Codice paziente **FOLLOW-UP a 18 MESI DALL'IMA**Data di compilazione *Se il paziente non si è presentato alla visita di controllo specificarne il motivo:*Paziente deceduto Paziente non rintracciabile Stato vitale accertato

Altro _____

EVENTI CLINICI CON RICOVERO SUCCESSIVI ALL'ARRUOLAMENTO

Reinfarto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Ictus cerebrale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
PTCA / STENT	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
By-pass	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Scompenso cardiaco	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Angina	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Aritmie sostenute	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Coronarografia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Impianto PM o altro device	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Altro ricovero	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se si, motivo	_____
Ricorso al DEA	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	n° di volte	<input type="text"/>
Se si, motivo _____				

ESAMI DI LABORATORIO

Colesterolemia totale	<input type="text"/> mg/dl	Creatininemia	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia HDL	<input type="text"/> mg/dl	Ac. Urico	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia LDL	<input type="text"/> mg/dl	Trigliceridemia	<input type="text"/> mg/dl
Hb glicosilata	<input type="text"/> %	Glicemia	<input type="text"/> g/dl

Peso	<input type="text"/> Kg	Circonferenza vita	<input type="text"/> cm
PAS	<input type="text"/> mmHg	PAD	<input type="text"/> mmHg
		FC/min	<input type="text"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN CORSO

β -Bloccanti	<input type="checkbox"/>	Acido acetilsalicilico	<input type="checkbox"/>	ACE inibitori e/o sartani	<input type="checkbox"/>
Statine	<input type="checkbox"/>	PUFA n-3	<input type="checkbox"/>	Nitroderivati	<input type="checkbox"/>
Ca-Antagonisti	<input type="checkbox"/>	Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>
Ezetimibe	<input type="checkbox"/>	Altri ipolipemizzanti	<input type="checkbox"/>	Altri antiaggreganti	<input type="checkbox"/>
Diuretici	<input type="checkbox"/>	Anticoagulanti	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Consuma quotidianamente verdura e frutta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma quotidianamente olio di oliva come condimento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma pesce almeno 2 volte la settimana ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTIVITA' FISICA NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Pratica abitualmente attività fisica (cammino a passo svelto per 30-60 minuti per almeno 3-5 volte a settimana) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUMO NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
<i>Se fumatore prima della patologia coronarica</i> Ha sospeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUPPORTO FAMILIARE

	NO	SI
E' aiutato dai propri familiari a mantenere uno stile di vita sano (non fumano davanti a lei, cercano anche loro di seguire una dieta adeguata, la stimolano a fare attività fisica, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

SUPPORTO MEDICO DI BASE

	NO	SI
Ha ricevuto informazioni su stile di vita, farmaci, fumo, alimentazione, dal suo medico di base?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha trovato utile il supporto ricevuto dal suo medico di base ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAVORO

	NO	SI
Ha ripreso il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se ha ripreso il lavoro</i> Ha ripreso lo stesso tipo di lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ridotto il lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se <u>NON</u> ha ripreso il lavoro</i> E' andato in pensione ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ha ripreso per motivi di salute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SI
Ha effettuato un periodo di riabilitazione presso una struttura specializzata ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antidiabetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antifumo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Servizio Dietetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

CONTATTO TELEFONICO

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ha chiamato il paziente |_|

Contatto predisposto dalla struttura |_|

Contenuto prevalente del contatto

Conferma appuntamento programmato

Accertamento stato vitale per visita di controllo disattesa

Eventuale rilievo problemi clinici

Eventuale supporto per il percorso diagnostico (esami, indagini, servizi)

Rinforzo Stile di vita

Rinforzo Aderenza ai farmaci

Alimentazione

Attività fisica

Fumo

Stress

Note

Codice Ospedale

Codice paziente

FOLLOW-UP a 24 MESI DALL'IMA

Data di compilazione

Se il paziente non si è presentato alla visita di controllo specificarne il motivo:

Paziente deceduto Paziente non rintracciabile Stato vitale accertato

Altro _____

EVENTI CLINICI CON RICOVERO SUCCESSIVI ALL'ARRUOLAMENTO

Reinfarto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Ictus cerebrale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
PTCA / STENT	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
By-pass	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Scompenso cardiaco	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Angina	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Aritmie sostenute	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Coronarografia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Impianto PM o altro device	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Data	<input type="text"/>
Altro ricovero	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se si, motivo	_____
Ricorso al DEA	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	n° di volte	<input type="text"/>
Se si, motivo _____				

ESAMI DI LABORATORIO

Colesterolemia totale	<input type="text"/> mg/dl	Creatininemia	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia HDL	<input type="text"/> mg/dl	Ac. Urico	<input type="text"/> mg/dl
Colesterolemia LDL	<input type="text"/> mg/dl	Trigliceridemia	<input type="text"/> mg/dl
Hb glicosilata	<input type="text"/> %	Glicemia	<input type="text"/> g/dl

Peso	<input type="text"/> Kg	Circonferenza vita	<input type="text"/> cm
PAS	<input type="text"/> mmHg	PAD	<input type="text"/> mmHg
		FC/min	<input type="text"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN CORSO

β -Bloccanti	<input type="checkbox"/>	Acido acetilsalicilico	<input type="checkbox"/>	ACE inibitori e/o sartani	<input type="checkbox"/>
Statine	<input type="checkbox"/>	PUFA n-3	<input type="checkbox"/>	Nitroderivati	<input type="checkbox"/>
Ca-Antagonisti	<input type="checkbox"/>	Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/>	Insulina	<input type="checkbox"/>
Ezetimibe	<input type="checkbox"/>	Altri ipolipemizzanti	<input type="checkbox"/>	Altri antiaggreganti	<input type="checkbox"/>
Diuretici	<input type="checkbox"/>	Anticoagulanti	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Consuma quotidianamente verdura e frutta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma quotidianamente olio di oliva come condimento ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consuma pesce almeno 2 volte la settimana ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTIVITA' FISICA NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

	NO	SI
Pratica abitualmente attività fisica (cammino a passo svelto per 30-60 minuti per almeno 3-5 volte a settimana) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FUMO NEI 6 MESI PRECEDENTI IL FOLLOW - UP

<i>Se fumatore prima della patologia coronarica</i>	NO	SI
Ha sospeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUPPORTO FAMILIARE

	NO	SI
E' aiutato dai propri familiari a mantenere uno stile di vita sano (non fumano davanti a lei, cercano anche loro di seguire una dieta adeguata, la stimolano a fare attività fisica, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codice Ospedale |_|_|

Codice paziente |_|_|_|_|

SUPPORTO MEDICO DI BASE

	NO	SI
Ha ricevuto informazioni su stile di vita, farmaci, fumo, alimentazione, dal suo medico di base?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha trovato utile il supporto ricevuto dal suo medico di base ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAVORO

	NO	SI
Ha ripreso il lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se ha ripreso il lavoro</i> Ha ripreso lo stesso tipo di lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha ridotto il lavoro ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se <u>NON</u> ha ripreso il lavoro</i> E' andato in pensione ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ha ripreso per motivi di salute ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SI
Ha effettuato un periodo di riabilitazione presso una struttura specializzata ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antidiabetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Centro Antifumo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è rivolto al Servizio Dietetico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>