

OGÓLNOPOLSKI REJESTR OSTRYCH ZESPOŁÓW WIĘNCOWYCH PL-ACS

Rewaskularyzacja

Urządzenia wysokoenergetyczne

Opieka w ciągu 1 roku po OZW

Rehabilitacja

Opieka ambulatoryjna

Dolegliwości wieńcowe wg CCS: brak stenokardii 1 2 3 4

Wydolność krążenia wg NYHA: I II III IV

ECHO: data ____/____/____

LVEF : ____% LV EDD ____mm LV ESD ____mm

Ciężka wada zastawkowa: MVS MVR AVS AVR TVS TVR

Umiarkowana wada zastawkowa: MVS MVR AVS AVR TVS TVR

Badanie wysiłkowe data ____/____/____ EKG ECHO Scyntygrafia Obciążenie ____ METS

Wynik: ujemny dodatni niediagnostyczny

Rewaskularyzacja w okresie 1 roku po zawale serca

Rewaskularyzacja przezskórna (PCI)

Tętnica	Data	Ponowne OZW	Trombektomia	Zastosowano	Liczba stentów	IVUS	Przepływ po PCI w skali TIMI
RCA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
LM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
LAD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
IM		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Cx		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
OM1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
OM2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Pomost _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Pomost _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Pomost _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Pomost _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Balon <input type="checkbox"/> DEB <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> BVS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

CABG: Tak (data: ____/____/____) pomosty do:

LAD: tętniczy żylny nie pomostowano

D: tętniczy żylny nie pomostowano

IM: tętniczy żylny nie pomostowano

Cx: tętniczy żylny nie pomostowano

OM: tętniczy żylny nie pomostowano

RCA(PDA): tętniczy żylny nie pomostowano

Wykonano pełen zakres rewaskularyzacji zaplanowany podczas wyjściowego OZW

Uzyskano pełną rewaskularyzację

OGÓLNOPOLSKI REJESTR OSTRYCH ZESPOŁÓW WIĘCOWYCH PL-ACS

Rewaskularyzacja

Urządzenia wysokoenergetyczne

Opieka w ciągu 1 roku po OZW

Rehabilitacja

Opieka ambulatoryjna

ECHO: data ____/____/____

LVEF : ____% **LV EDD** ____mm **LV ESD** ____mm

Ciężka wada zastawkowa: **MVS** **MVR** **AVS** **AVR** **TVS** **TVR**

Umiarkowana wada zastawkowa: **MVS** **MVR** **AVS** **AVR** **TVS** **TVR**

Wydolność krążenia wg NYHA: I II III IV

Dolegliwości wieńcowe wg CCS: brak stenokardii 1 2 3 4

Implantowano w dniu ____/____/____

Stymulator jedno lub dwujamowy

CRT-P

ICD

CRT-D

Urządzenie wysokoenergetyczne implantowano jako:

profilaktyka pierwotna

profilaktyka wtórna

OGÓLNOPOLSKI REJESTR OSTRYCH ZESPÓŁÓW WIĘNCOWYCH PL-ACS

Rewaskularyzacja

Urządzenia wysokoenergetyczne

Opieka w ciągu 1 roku po OZW

Rehabilitacja

Opieka ambulatoryjna

Chory uczestniczył w rehabilitacji:

- Stacjonarna od dnia ____/____/____ do dnia ____/____/____
- Ambulatoryjna od dnia ____/____/____ do dnia ____/____/____
- Hybrydowa od dnia ____/____/____ do dnia ____/____/____

Chory nie uczestniczył w rehabilitacji z powodu:

- Nie skierowany na rehabilitację z powodu przeciwwskazań medycznych
- Brak przeciwwskazań ale chorego nie skierowano na rehabilitację
- Chory skierowany na rehabilitację ale:
 - Zmarł przed terminem rehabilitacji
 - Nie zgłosił się na rehabilitację z powodu schorzenia sercowo-naczyniowego
 - Nie zgłosił się na rehabilitację z powodu innego schorzenia
 - Nie zgłosił się na rehabilitację z powodu _____
 - Nie zgłosił się na rehabilitację – powód nieznan

ECHO: data ____/____/____

LVEF : ____% LV EDD ____mm LV ESD ____mm

Ciężka wada zastawkowa: MVS MVR AVS AVR TVS TVR

Umiarkowana wada zastawkowa: MVS MVR AVS AVR TVS TVR

Badanie wysiłkowe data ____/____/____ EKG ECHO Scyntygrafia Obciążenie ____ METS

Wynik: ujemny dodatni niediagnostyczny

Stan kliniczny po zakończeniu rehabilitacji:

Wydolność krążenia wg NYHA: I II III IV

Dolegliwości wieńcowe wg CCS: brak stenokardii 1 2 3 4

OGÓLNOPOLSKI REJESTR OSTRYCH ZESPÓŁÓW WIĘNCOWYCH PL-ACS

Rewaskularyzacja

Urządzenia wysokoenergetyczne

Opieka w ciągu 1 roku po OZW

Rehabilitacja

Opieka ambulatoryjna

Specjalistyczna porada kardiologiczna

Porada	Data	Ciśnienie tętnicze	Waga	Palenie tytoniu	CH	LDL	HDL	Tg	HbA1c	Glukoza na czczo	LVEF (%)	Badanie wysiłkowe (jeśli wykonano)	Holter EKG	Kontrola urządzenia
1		S _____ R _____	_____ kg	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	_____mmol/l _____mg%	_____mmol/l _____mg%	_____mmol/l _____mg%	_____mmol/l _____mg%	_____%	_____mmol/l _____mg%	_____%	<input type="checkbox"/> Ujemne <input type="checkbox"/> Dodatnie <input type="checkbox"/> Nie dgn,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2														
3														
4														
5														
6														

ECHO: data ____/____/____

LVEF : _____% **LV EDD** _____mm **LV ESD** _____mm

Ciężka wada zastawkowa: MVS MVR AVS AVR TVS TVR

Umiarkowana wada zastawkowa: MVS MVR AVS AVR TVS TVR

Po wypisie chorego, w ciągu roku po zawale serca stosowano terapię przeciwplatek/przeciwnzakrzepową

Pojedynczą (ASA Inhibitor P2Y12 Lek przeciwnzakrzepowy)

od _____ miesiąca do _____ miesiąca po zawale bez przerw z przerwą od _____ miesiąca do _____ miesiąca

Podwójną (ASA + Inhibitor P2Y12 ASA + Lek przeciwnzakrzepowy Inhibitor P2Y12 + Lek przeciwnzakrzepowy)

od _____ miesiąca do _____ miesiąca po zawale bez przerw z przerwą od _____ miesiąca do _____ miesiąca

Potrójną (ASA + Inhibitor P2Y12 + Lek przeciwnzakrzepowy)

od _____ miesiąca do _____ miesiąca po zawale bez przerw z przerwą od _____ miesiąca do _____ miesiąca

Farmakoterapia na zakończenie obserwacji chorego w ciągu roku po zawale serca (ostatnie dostępne dane o przyjmowanych lekach)

Data zebrania informacji o farmakoterapii ____/____/____

ASA (kwas acetylosalicylowy) Tikagrelor Prasugrel Kłopidogrel Tiklopidyna

LMWH Acenokumarol Warfaryna Dabigatran Rywaroksaban Apiksaban Edoksaban

Beta-bloker ACE-inhibitor ARB ARNI MRA Iwabradyna Ca-bloker Alfa-bloker Diuretyk Nitrat IPP

Leczenie hiperlipidemii: dieta rosuwastatyna atorwastatyna simwastatyna fibrat ezetimib inhibitor PCSK9 inny(e)

Leczenie cukrzycy: dieta insulina pochodna sulfonilomocznika biguanid

inhibitor α -glukozydazy tiazolidynodion inhibitor DPP-4 GLP-1 inny(e)

Stan kliniczny po 1 roku od zawału serca: data ostatniego kontaktu z pacjentem ____/____/____

Wydolność krążenia wg NYHA: I II III IV

Dolegliwości wieńcowe wg CCS: brak stenokardii 1 2 3 4