

**PROGRAMA – PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR  
FORMULARIO DE CONTROL**

**Datos del paciente:**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Nº de registro:** \_\_\_\_\_ **Nombre completo:** .....

**C. I.:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Teléfono fijo:** ..... **Celular:** .....

**Mail:** .....

**Médico tratante:** .....

**EXAMEN CLÍNICO**

**Peso(Kg.):** \_\_\_ **Talla(cm.):** \_\_\_ **P. Cintura(cm.)** \_\_\_

**PAS consultorio (mmHg.):** \_\_\_ **PAD consultorio:** \_\_\_

**PAS domicilio (mmHg.):** \_\_\_ **PAD domicilio:** \_\_\_ **Pulso:** \_\_\_

**Adhesión a la medicación:** Buena \_\_\_ Regular \_\_\_ Mala \_\_\_

**Adhesión al ejercicio:** Buena \_\_\_ Regular \_\_\_ Mala \_\_\_

**Valoración clínica CV:** .....

Asintomático \_\_\_

Angor típico \_\_\_

Angor atípico \_\_\_

Dolor torácico \_\_\_

**FACTORES DE RIESGO CV (Actualizar datos)**

(Consignar SI, NO o D desconoce)

HTA \_\_\_ Diabetes 1 \_\_\_

Dislipemia \_\_\_ Diabetes 2 \_\_\_

Tabaquismo actual o en los últimos 6 meses \_\_\_

Ex fumador (cesó hace más de 6 m) \_\_\_

No Fumador \_\_\_

AF coronariopatía \_\_\_ AF dislipemia \_\_\_

**REINTERNACIÓN (luego del Último control)**

Reinternación \_\_\_

**Motivo:** IAM \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Angor Inest \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

IC \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Muerte súbita \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

ACV \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Otro \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

**REINTERVENCIÓN (registrar reintervenciones no ingresadas automáticamente)**

Reintervención \_\_\_

**Tipo:**

ATC \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_ Reestenosis \_\_\_

ATC \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_ Reestenosis \_\_\_

CC \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

CACG \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

CACG \_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_



**MEDICACIÓN (Ingresar dosis en mg de todos los medicamentos que recibe el paciente); tildar además “Entrega” si la medicación la otorga el FNR).**

	<b>ÚLTIMA INDICACIÓN</b> (marcado por defecto indicación previa)	<b>INDICACIÓN ACTUAL</b> Dosis diaria (mg)	<b>Entrega</b> (tildar para entrega por FNR)
<b>AAS</b>	mg		
<b>Clopidogrel **</b>	mg		
<b>Atenolol</b>	mg		
Bisoprolol	mg		
Carvedilol			
Otro B Bloqueante			
<b>IECA</b>			
<b>ARA II</b>			
<b>Atorvastatina</b>			
Sinvastatina			
Rosuvastatina			
<b>Fibrato **</b>			
Otro hipolipemiante			
<b>Ezetimibe</b>			
<b>Hidroclorotiazida</b>			
Furosemide			
Digoxina			
Nitrato			
Diltiazem			
Amlodipina			
Warfarina			
<b>Metformina</b>			
<b>Glibenclamida</b>			
Insulina			
Otro hipoglucemiante			
Otro			

En gris se remarca la medicación que entrega el FNR. De todas formas ingresar toda la medicación que toma el paciente, (información necesaria para una correcta evaluación de resultados).

\*\* El Clopidogrel se entrega **en el FNR** por 1 año, solo a pacientes con stent liberadores de droga.

\*\* La solicitud de Fibrato debe solicitarse a la Dra. Andrea Arbelo: mail: [aarbelo@fnr.gub.uy](mailto:aarbelo@fnr.gub.uy)

**OBSERVACIONES:** .....

FECHA DEL PRÓXIMO CONTROL MÉDICO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA PRÓXIMA VISITA O REUNIÓN GRUPAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**VALORACIÓN NUTRICIONAL**

Peso habitual (Kg): \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_      Peso deseado (Kg.): \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Variación de peso post procedimiento: Igual \_\_\_  
 Más \_\_\_ Kg.: \_\_\_ en \_\_\_ meses

**RESUMEN:**

<b>Fibra:</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
<b>Frecuencia de carnes:</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
<b>Uso de azúcares:</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>

**Alcohol: Si \_\_\_ No \_\_\_**

**Observaciones:**

.....  
 .....  
 .....

**Se indica:**

Plan 1 \_\_\_

Plan 2 \_\_\_

Plan 3 \_\_\_

**Otras indicaciones:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....