

PROGRAMA – PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR
HISTORIA INICIAL

Datos del paciente:

Fecha: __/__/____

N° de registro: _____ **Nombre completo:**
C. I.: _____/____ **Teléfono fijo:** **Celular:**
Mail:
Médico tratante:

EXAMEN CLÍNICO Y ANTECEDENTES SOCIO-ECONÓMICOS

Peso(Kg.): ____ **Talla(cm.):** ____ **P. Cintura(cm.):** ____ **PAS(mmHg.):** ____ **PAD:** ____

Pulso: ____ **Valoración clínica CV:**

Situación laboral:	Trabajo fijo ____	Nivel de instrucción:	Primaria incomplete ____
	Changas ____		Primaria completa ____
	Desocupado ____		Secundaria incomplete ____
	Jubilado/pens ____		Secundaria completa ____
			Terciaria incomplete ____
			Terciaria completa ____

FACTORES DE RIESGO CV

(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 ____

ANTECEDENTES PERSONALES

(Consignar SI, NO o D desconoce)

EPOC ____

I Renal crónica ____

Hepatopatía ____

Alcoholismo ____

Asma ____

Diálisis ____

Arritmias ____

Otros ____

ANTECEDENTES CV

(Ocurridos antes de los 30 días del evento)

Historia previa CV ____

IAM ____ Fecha: __/__/____

ACV ____ Fecha: __/__/____

CACG ____ Fecha: __/__/____

ATC ____ Fecha: __/__/____

CC ____ Fecha: __/__/____

SITUACIÓN CLÍNICA QUE MOTIVÓ EL PROCEDIMIENTO

Angor estable ____ Clase I ____ II ____ III ____ IV ____

Angor inestable ____

PCR ____ IAM ____ Síncope ____ Arritmias ____

IC ____ Clase I ____ II ____ III ____ IV ____

Estudios funcionales positivos: ____

Otros ____

REINTERNACIÓN (luego del procedimiento)

Reinternación ____

Motivo: IAM ____ Fecha __/__/__
 Angor Inest ____ Fecha __/__/__
 IC ____ Fecha __/__/__
 Muerte súbita ____ Fecha __/__/__
 ACV ____ Fecha __/__/__
 Otro ____ Fecha __/__/__

REINTERVENCIÓN (luego del procedimiento)

Reintervención ____

Tipo:
 ATC ____ Fecha __/__/__ Reestenosis ____
 ATC ____ Fecha __/__/__ Reestenosis ____
 CC ____ Fecha __/__/__
 CACG ____ Fecha __/__/__
 CACG ____ Fecha __/__/__

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN ____

(Reportar cuando se requiera cambiar dosis o suspensión de algún fármaco)

Alergia ____ Tos ____ Mialgias ____ Edemas ____
 Sangrado ____ Bradicardia ____ Rabdomiolisis ____ Disionias ____
 Hipotensión ____ Disfunción eréctil ____ Hepatitis tóxica ____ Gastro intestinales ____
 Hipoglucemia ____

Atribuibles a:

AAS ____ IECA/ARA II ____ Estatinas ____
 Clopidogrel ____ Ca Antagonista ____ Metformina ____
 BB ____ Diuréticos ____ Glibenclamida ____

EXÁMENES PARACLÍNICOS PRE INICIO AL PROGRAMA (en gris los que se recomienda solicitar)

Examen	Resultado	Indicación	Examen	Resultado	Indicación	Examen	Resultado	I
CT (mg/dl)		S	TGP (U/l)		S	HEMOGRAMA		S
LDL-C (mg/dl)		S	GAMA GT (U/l)		S	CRISIS		S
COL NO-HDL		S	CPK (U/l)		S	INR		S
HDL-C (mg/dl)		S	CREATININEMIA (mg/dl)		S	IONOGRAMA		S
VLDL (mg/dl)		S	ORINA		S	URICEMIA		S
TG (mg/dl)		S	POTG Ayunas (mg/dl)		S	TSH		S
IA		S	POTG 120 min. (mg/dl)		S	Macro proteinuria		
A. SUERO		S	FA (U/l)		S	Fecha último ECG	__/__/__	
T. Q.		S	COLINESTERASA (U/dl)		S	Fecha último ECO	__/__/__	
Glucemia		S	B. TOTAL (mg/dl)		S	FEVI	__ __ %	
HbA1C (%)		S	B. INDIRECTA (mg/dl)		S	Estudios Funcionales	__ (S, N, D)	
TGO (U/l)		S	B. DIRECTA (mg/dl)		S	Cuál		
						Resultado		
						Fecha	__/__/__	

MEDICACIÓN

	PRE-PROCEDIMIENTO		INGRESO PROGRAMA Dosis día (mg)	INDICACIÓN ACTUAL Dosis diaria (mg)	Entrega
AAS	SI	NO			SI
Clopidogrel	SI	NO			**
Atenolol	SI	NO			SI
Bisoprolol	SI	NO			
Carvedilol	SI	NO			
Otro B Bloqueante	SI	NO			
IECA	SI	NO			SI
ARA II	SI	NO			
Atorvastatina	SI	NO			SI
Sinvastatina	SI	NO			
Rosuvastatina	SI	NO			
Fibrato					**
Otro hipolipemiente	SI	NO			
Ezetimibe	SI	NO			SI
Hidroclorotiazida	SI	NO			SI
Furosemide	SI	NO			
Digoxina	SI	NO			
Nitrato	SI	NO			
Diltiazem	SI	NO			
Amlodipina					
Warfarina	SI	NO			
Metformina	SI	NO			SI
Glibenclamida	SI	NO			SI
Insulina	SI	NO			
Otro hipoglucemiente	SI	NO			
Otro	SI	NO			

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** solo a pacientes con stent liberadores de droga.

** La solicitud de Fibrato debe solicitarse a la Dra. Andrea Arbelo: mail: 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:

Fibra:	Bueno	Regular	Malo
Frecuencia de carnes:	Bueno	Regular	Malo
Uso de azúcares:	Bueno	Regular	Malo

Alcohol: Si ____ No ____

Observaciones:

.....

Se indica:

Plan 1 ____

Plan 2 ____

Plan 3 ____

Otras indicaciones:

.....

