

Checklist de pré e pós-alta hospitalar

Nome do paciente: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Consulta pré-alta Hospital de referência: Data da alta: <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>	1ª consulta pós-alta Médico: Data da consulta: <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>	2ª consulta pós-alta Médico: Data da consulta: <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>

Avaliação Clínica

Peso	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
Frequência cardíaca de repouso	<input type="text"/> bpm Ritmo: <input type="checkbox"/> sinusal <input type="checkbox"/> fibrilação atrial <input type="checkbox"/> não disponível	<input type="text"/> bpm Ritmo: <input type="checkbox"/> sinusal <input type="checkbox"/> fibrilação atrial <input type="checkbox"/> não disponível	<input type="text"/> bpm Ritmo: <input type="checkbox"/> sinusal <input type="checkbox"/> fibrilação atrial <input type="checkbox"/> não disponível
Pressão arterial	Sistólica/diastólica <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg	Sistólica/diastólica <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg	Sistólica/diastólica <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg
Sintomas clínicos de excesso de edema	<input type="checkbox"/> Sinais de congestão: crepitações pulmonares, distensão da veia jugular, hepatomegalia, edema periférico <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Ortopnéia	<input type="checkbox"/> Sinais de congestão: crepitações pulmonares, distensão da veia jugular, hepatomegalia, edema periférico <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Ortopnéia	<input type="checkbox"/> Sinais de congestão: crepitações pulmonares, distensão da veia jugular, hepatomegalia, edema periférico <input type="checkbox"/> Falta de ar <input type="checkbox"/> Ortopnéia
Classe NYHA	<input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV	<input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV	<input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV
Outras medições	Fração de ejeção do VE <input type="text"/> % Creatinina sérica <input type="text"/> Potássio <input type="text"/> Sódio <input type="text"/>	Fração de ejeção do VE <input type="text"/> % Creatinina sérica <input type="text"/> Potássio <input type="text"/> Sódio <input type="text"/>	Fração de ejeção do VE <input type="text"/> % Creatinina sérica <input type="text"/> Potássio <input type="text"/> Sódio <input type="text"/>

Orientação ao Paciente

Medidas não-farmacológicas	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Monitoramento do peso <input type="checkbox"/> Detecção de piora dos sintomas	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Monitoramento do peso <input type="checkbox"/> Detecção de piora dos sintomas	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Exercício <input type="checkbox"/> Monitoramento do peso <input type="checkbox"/> Detecção de piora dos sintomas
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Otimização da Terapia Farmacológica

IECA ou BRA	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)
Betabloqueador	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)
Espironolactona (ou outro ARM)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (sem indicação) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (sem indicação) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (sem indicação) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)
Ivabradina	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (sem indicação) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (sem indicação) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)	<input type="checkbox"/> Prescrito <input type="checkbox"/> Não prescrito (CI ou intolerante) <input type="checkbox"/> Não prescrito (sem indicação) <input type="checkbox"/> Não prescrito (recusa do paciente)

Agendamento das Consultas

	Data da próxima consulta de acompanhamento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>	Data da próxima consulta de acompanhamento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>	Data da próxima consulta de acompanhamento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------