

CHEKCLIST DE VALORACIÓN DE PACIENTE CON INGRESO POR IC

Nombre: _____		Centro de Salud: _____	
NHC: _____		Médico: _____	
Valoración Funcional y Cognitiva	<input type="checkbox"/> Barthel: _____	Lugar de RESIDENCIA	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> En la ciudad
	<input type="checkbox"/> Pfeiffer: _____		Otro: _____
Principal Cuidador	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Espos@ <input type="checkbox"/> Hij@ <input type="checkbox"/> Solo	Possibilidad de HADO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso Previo IC	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> <12mes Nº ____ <input type="checkbox"/> >12mes		
ANTECEDENTES			
Comorbilidades	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DLP <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Rev.Percutánea <input type="checkbox"/> Rev.Quirúrgica <input type="checkbox"/> Completa. <input type="checkbox"/> Incompleta. <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Paroxística <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Enf.Arterial Periferica <input type="checkbox"/> Valvulopatía: <input type="checkbox"/> RVAo <input type="checkbox"/> RVMi <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> EM <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Miocardiopatía: <input type="checkbox"/> MCD <input type="checkbox"/> Idiopática <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Toxicidad <input type="checkbox"/> MCH <input type="checkbox"/> MCR <input type="checkbox"/> Dispositivo: <input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> M-TRC. <input type="checkbox"/> DAI <input type="checkbox"/> D-TRC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> SAOS <input type="checkbox"/> Tto.O2 <input type="checkbox"/> Cáncer: <input type="checkbox"/> Qx <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> Enf. Tiroidea <input type="checkbox"/> Úlcus Péptico <input type="checkbox"/> Enf. Reumática <input type="checkbox"/> Otra		
Hábitos Tóxicos	<input type="checkbox"/> Tabaquismo: <input type="checkbox"/> Ex <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Consumo alcohol abusivo: <input type="checkbox"/> Ex <input type="checkbox"/> Nunca		
A. Familiares	<input type="checkbox"/> CI precoz <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> MCP/DAI <input type="checkbox"/> Miopatía <input type="checkbox"/> Otro		
Valoración	INGRESO ____/____/20__	ALTA ____/____/20__	V1 (1ª Visita tras Alta) ____/____/20__
VALORACIÓN CLÍNICA			
NYHA	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Peso/Talla	____ kg ____ cm	____ kg	____ kg
TA FC	____/____ mmHg ____ lpm	____/____ mmHg ____ lpm	____/____ mmHg ____ lpm
Síntomas de IC	<input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Ortopnea <input type="checkbox"/> DPN <input type="checkbox"/> Edemas + + + + +	<input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Ortopnea <input type="checkbox"/> DPN <input type="checkbox"/> Edemas + + + + +	<input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Ortopnea <input type="checkbox"/> DPN <input type="checkbox"/> Edemas + + + + +
Signos de IC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIAGNÓSTICO			
<input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> Descompensación <input type="checkbox"/> FEVI ____%			
Motivo de descompensación	<input type="checkbox"/> Isquemia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Hipertensiva <input type="checkbox"/> Trasgresión dietética <input type="checkbox"/> Incumplimiento terapéutico <input type="checkbox"/> Abuso AINEs <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Desconocido		
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Otro ____ lpm QRS: ____ ms <input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> BRD	<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Otro ____ lpm QRS: ____ ms <input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> BRI	<input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Otro ____ lpm QRS: ____ ms <input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> BRI
Analítica	<input type="checkbox"/> BNP ____ <input type="checkbox"/> Crea/FG ____/____ <input type="checkbox"/> Na+/K+ ____/____ <input type="checkbox"/> Hb ____ <input type="checkbox"/> HbA1c ____ <input type="checkbox"/> LDL ____ <input type="checkbox"/> Fer/IST ____/____	<input type="checkbox"/> BNP ____ <input type="checkbox"/> Crea/FG ____/____ <input type="checkbox"/> FG ____ <input type="checkbox"/> Na+/K+ ____/____ <input type="checkbox"/> Hb ____	<input type="checkbox"/> Crea/FG ____/____ <input type="checkbox"/> FG ____ <input type="checkbox"/> Na+/K+ ____/____ <input type="checkbox"/> Hb ____
Ecocardiografía	<input type="checkbox"/> FEVI ____% <input type="checkbox"/> TIV/PP ____/____ mm <input type="checkbox"/> AI ____ mm/____ cm/3 <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Lig <input type="checkbox"/> Mod <input type="checkbox"/> Sev <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Lig <input type="checkbox"/> Mod <input type="checkbox"/> Sev <input type="checkbox"/> EAo <input type="checkbox"/> Lig <input type="checkbox"/> Mod <input type="checkbox"/> Sev <input type="checkbox"/> Otra		

TRATAMIENTO			
DIURÉTICOS	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Torasemida Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> Clorta <input type="checkbox"/> HCTZ Dosis _____ mg/día	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Torasemida Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> Clorta <input type="checkbox"/> HCTZ Dosis _____ mg/día	Titulación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Torasemida <input type="checkbox"/> Clorta <input type="checkbox"/> HCTZ <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> Menor
BETABLOQUEANTE	<input type="checkbox"/> Sí Nombre; _____ Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Sí Nombre; _____ Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	Titulación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre; _____ Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol
IECA/ARAI/ARNI	<input type="checkbox"/> Sí Nombre; _____ Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Sí Nombre; _____ Dosis _____ mg <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.	Titulación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre; _____ Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol
ARM	<input type="checkbox"/> Espironolactona <input type="checkbox"/> Eplerenona Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Espironolactona <input type="checkbox"/> Eplerenona Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.	Titulación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Espiro. <input type="checkbox"/> Eplerenona Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.
IVABRADINA	<input type="checkbox"/> Sí Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Sí Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.	Titulación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dosis _____ mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.
DAI/TRC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Posible indicación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Antiagregante	<input type="checkbox"/> AAS <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Prasugrel <input type="checkbox"/> Ticagrelor	<input type="checkbox"/> AAS <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Prasugrel	
Anticoagulante	<input type="checkbox"/> Antivitamina K <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> ACOD: _____	<input type="checkbox"/> Antivitamina K <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> ACOD: _____ Dosis: _____ mg/día	
Estatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Intol <input type="checkbox"/> Obj. Nombre; _____ Dosis _____ mg/día	<input type="checkbox"/> Sí: Nombre _____ Dosis _____ mg/día LDL Obj. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Antidiabéticos	<input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> IDDP4 <input type="checkbox"/> iSGLT2 <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> Sulfonilureas	<input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> iDDP4 <input type="checkbox"/> iSGLT2 <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> Sulfonilureas <input type="checkbox"/> Otro HbA1c Obj. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Efecto Adverso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Antiarrítmico	<input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Otro	
Tratamiento I.V	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Levosimendan <input type="checkbox"/> Ferroterapia <input type="checkbox"/> Inotropos <input type="checkbox"/> Transfusión <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Levosimendan <input type="checkbox"/> Ferroterapia <input type="checkbox"/> Otro	
ENFERMERÍA/EDUCACIÓN DEL PACIENTE			
Educación	<input type="checkbox"/> Entrega de material didáctico	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Control Peso/diuresis <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Ejercicio Físico <input type="checkbox"/> Consejo Tabáquico <input type="checkbox"/> Comprensión de IC	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Control Peso/diuresis <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Ejercicio Físico <input type="checkbox"/> Comprensión de IC <input type="checkbox"/> Manejo Diuréticos <input type="checkbox"/> Vacunación
Adherencia Tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo	
PLANNING DE LA SIGUIENTE VISITA			
AP		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: ___/___/20___
CAR/MI		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: ___/___/20___