



CHEKCLIST DE VALORACIÓN DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA			
	INGRESO I__I/I__I/20__	ALTA I__I/I__I/20__	V1 (1ªVisita tras Alta) I__I/I__I/20__
ANTECEDENTES			
Valoración funcional y cognitiva	<input type="checkbox"/> Índice de Barthel: I__I__I <input type="checkbox"/> Puntuación de Pfeiffer: I__I__I		
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. 02 <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		
Ingreso Previo IC/CI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> <6mes <input type="checkbox"/> 6-12meses <input type="checkbox"/> >12meses		
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	I__I__I kg I__I__I cm	I__I__I kg	I__I__I kg
TA/FC	I__I__I/I__I__I mmHg I__I__I lpm	I__I__I/I__I__I mmHg I__I__I lpm	I__I__I/I__I__I mmHg I__I__I lpm
Síntomas de IC	<input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Ortopnea <input type="checkbox"/> DPN <input type="checkbox"/> Edemas MMIIs		
Signos de IC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
Electrocardiograma	I__I__I lpm Ritmo: <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Otro QRS: I__I__I ms <input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> BRI	I__I__I lpm Ritmo: <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Otro QRS: I__I__I ms <input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> BRI	I__I__I lpm Ritmo: <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> FA <input type="checkbox"/> Otro QRS: I__I__I ms <input type="checkbox"/> BRD <input type="checkbox"/> BRI
Análítica	<input type="checkbox"/> BNP I__I__I <input type="checkbox"/> Crea I__I__I <input type="checkbox"/> FG I__I__I <input type="checkbox"/> Na+/K+ I__I__I/I__I__I <input type="checkbox"/> Hb I__I__I <input type="checkbox"/> HbA1c I__I__I <input type="checkbox"/> LDL I__I__I <input type="checkbox"/> Fer I__I__I <input type="checkbox"/> IST I__I__I <input type="checkbox"/> Albuminuria I__I__I	<input type="checkbox"/> BNP I__I__I <input type="checkbox"/> Crea I__I__I <input type="checkbox"/> FG I__I__I <input type="checkbox"/> Na+/K+ I__I__I/I__I__I <input type="checkbox"/> Hb I__I__I <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Crea I__I__I <input type="checkbox"/> FG I__I__I <input type="checkbox"/> Na+/K+ I__I__I/I__I__I <input type="checkbox"/> Hb I__I__I <input type="checkbox"/> Otros
Ecocardiografía	<input type="checkbox"/> FEVI I__I__I% <input type="checkbox"/> TIV/PP I__I__I/I__I__I mm <input type="checkbox"/> AI I__I__I mm/I__I__I lcm/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"/> EA <input type="checkbox"/> Lig <input type="checkbox"/> Mod <input type="checkbox"/> Sev <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> Lig <input type="checkbox"/> Mod <input type="checkbox"/> Sev <input type="checkbox"/> Otra		
Cateterismo	<input type="checkbox"/> EAC <input type="checkbox"/> TCI <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Revascularización <input type="checkbox"/> Compl. <input type="checkbox"/> Incomp.		
RNM cardiaca	<input type="checkbox"/> FEVI I__I__I% <input type="checkbox"/> FEVD I__I__I% <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perfusión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> Descompensación			
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"/> Deterioro Enf. Renal <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro		
TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> NYHA__ <input type="checkbox"/> FEVI__			
Diuretico de Asa/ Otro	<input type="checkbox"/> Sí Nombre: I____I	<input type="checkbox"/> Sí Nombre: I____I	<input type="checkbox"/> Titulación Nombre: I____I

	Dosis I__I mg/día	Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Evolúmico	Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> ↓
Betabloqueante	<input type="checkbox"/> Sí. Nombre; I____I Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Sí. Nombre; I____I Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Titulación. Nombre; I____I Dosis I__I 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; I____I Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Sí. Nombre; I____I Dosis I__I mg <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.	<input type="checkbox"/> Titulación. Nombre; I____I Dosis I__I 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 I__I 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 I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.	<input type="checkbox"/> Titulación. <input type="checkbox"/> Espiro. <input type="checkbox"/> Eplerenona Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.
Ivabradina	<input type="checkbox"/> Sí. Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Debút <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol	<input type="checkbox"/> Sí. Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Max <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol.	<input type="checkbox"/> Sí. Dosis I__I 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"/> Ticagrelor <input type="checkbox"/> Prasugrel	<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"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <input type="checkbox"/> Edoxaban Dosis I__I mg/día	<input type="checkbox"/> Antivitamina K <input type="checkbox"/> HBPM <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <input type="checkbox"/> Edoxaban Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> Intol <input type="checkbox"/> Negativa paciente	
Estatina	<input type="checkbox"/> Sí Nombre; I____I Dosis I__I mg/día <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Intol <input type="checkbox"/> LDL obj.	<input type="checkbox"/> Sí Nombre; I____I Dosis I__I mg/día LDL<70 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Nombre; I____I Dosis I__I mg/día Efecto Adverso <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"/> Sulonilurea <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> IDDP4 <input type="checkbox"/> iSGLT2 <input type="checkbox"/> Sulonilurea <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> Otro HbA1c<7-8 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Metformina <input type="checkbox"/> IDDP4 <input type="checkbox"/> iSGLT2 <input type="checkbox"/> Sulonilurea <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> Otro Efecto Adverso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Antiarrítmico	<input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Amiodarona <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Otro
Tratamiento I.V	<input type="checkbox"/> Furosemida <input type="checkbox"/> Levosimendan <input type="checkbox"/> Ferroterapia <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Furo. <input type="checkbox"/> Levosimendan <input type="checkbox"/> Ferroterapia <input type="checkbox"/> Otro	
ENFERMERÍA/EDUCACIÓN DEL PACIENTE			
Familiar de apoyo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Otro		
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"/> 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
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
Vacunación	<input type="checkbox"/> Antineumococo <input type="checkbox"/> Antigripal		
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__