



Protocollo Raccolta Dati

Progetto di ricerca:

“Ansia e frequenza della richiesta di controlli medici in pazienti affetti da Fibrillazione Atriale in terapia anticoagulante”

Dati anagrafici paziente

Età (in anni) _____
Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Altezza _____
Peso _____
Ha avuto variazioni di peso nell'ultimo anno? _____ di quanti Kg _____
Tipo specifico di patologia _____
Età di esordio della malattia (in anni) _____
Interventi di Ablazione o Cardioversione*: _____
Età al momento dell'intervento sopraindicato _____
(*oppure Intervento programmato in data ___/___/___)

Fattori generali

Consumo di Alcol	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Fumo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(numero in media di sigarette al giorno) _____
Valori pressori		
Transaminasi		
Valori di Colesterolo		

Patologie mediche in comorbidità o altre condizioni di polipatologia

Ipertensione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Diabete	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Diabete miellito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Malattie renali croniche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Trasfusioni	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Traumi cerebrovascolari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Infarto miocardico	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
E'portatore di protesi valvolari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Insufficienza cardiaca congestizia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Malattie polmonari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Malattie gastrointestinali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Epistassi (sangue dal naso)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Sanguinamento gengivale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Sanguinamento gastrointestinale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Aritmia cardiaca	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Flutter atriale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Contrazione atriale prematura	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____
Contrazione ventricolare prematura	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Altre specifiche _____

Altri dati clinici/Informazioni di rilievo

Valori in relazione all'assunzione di Anticoagulanti Orali

Farmaco anticoagulante assunto

Range terapeutico di INR

Durata media dei periodi di stabilità INR

Frequenza/durata delle oscillazioni fuori range

N.di Prelievi sostenuti in media in un mese /o annualmente

Numero di esami sostenuti in media in un mese /o annualmente

N.di Visite specialistiche sostenute in un mese /o annualmente

Oltre al Centro prelievi "Ai colli" è seguito da qualche altro professionista/struttura medica per la Fibrillazione Atriale?

Altri trattamenti farmacologici assunti/terapie mediche effettuate

Compilazione riservata alla segreteria Aipa

Protocollo raccolto da (nome collaboratore)

Data di raccolta documento:

Numero progressivo: