

ETIQUETA	SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ DECLARACIÓN ESTA SEMANA:: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta OTRAS INCIDENCIAS	
	Paciente 1	Paciente 2
IDENTIFICACION DEL CASO CIP: _____ Fecha de nacimiento (D.M.A.) _____ Sexo (V o M) _____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
DIAGNÓSTICO (anote el número que corresponda) 1. Angina de pecho estable. 2. Angina de pecho inestable. 3. Infarto agudo de miocardio. 4. Arterioesclerosis obliterante (Claudicación intermitente; espasmos arteriales). 5. Tromboangeítis obliterante (Enf. de Buerger). 6. Otros FECHA DE DIAGNÓSTICO	_____ ____ / ____ / ____	_____ ____ / ____ / ____
PRIMERA ATENCIÓN RECIBIDA (anote el número que corresponda) 1. Emergencias 112. 2. Urgencias hospital. 3. Urgencias Centro Salud. 4. No acudió a urgencias. (Visto en consulta o domicilio).	_____	_____
DATOS DE LA ULTIMA ANAMNESIS Y EXPLORACION Peso en Kg Talla en cm Perímetro abdominal en cm Ejercicio físico (nº horas semanales)	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (varias respuestas posibles) Hipertensión arterial Fecha de diagnóstico (aprox. mes y año) Últimas cifras de TAS/TAD Diabetes Mellitus Fecha de diagnóstico (aprox. mes y año) Última HbA1c% Hiperlipidemia Fecha de diagnóstico (aprox. mes y año) Última cifra de colesterol total mg/dl No fumador Exfumador Fumador Años de consumo de tabaco Número de cigarros/día de fumador o exfumador Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular Bebedor de riesgo Otros (especificar) Ningún factor	<input type="checkbox"/> _____ / _____ _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ _____ % <input type="checkbox"/> _____ / _____ _____ mg/dl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ / _____ _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ _____ % <input type="checkbox"/> _____ / _____ _____ mg/dl <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES DE MEDICACIÓN Y DIETA (varias respuestas posibles) Antihipertensivos Antidiabéticos orales o insulina Hipolipemiantes Anticoagulantes Antiagregantes (AAS) Dieta (del tipo que sea)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (varias respuestas posibles) Pruebas de esfuerzo positivas Enzimas cardíacas positivas ECG- Segmento ST elevado ECG- Aparición de ondas Q	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DERIVADO A (anote el número que corresponda) 1. Urgencias hospital 2. Ingreso hospitalario 3. Consulta especialista 4. No derivado	_____	_____
FALLECIMIENTO (anote el número que corresponda) 1. Sí 2. No 3. Lo desconozco	_____	_____
Horas transcurridas desde el inicio de síntomas hasta el fallecimiento	_____	_____



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (MEDICINA DE FAMILIA) CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUEMICA

Rellene la ficha todas las semanas, aunque no haya registrado casos.

En cada formulario semanal se pueden incluir hasta 2 pacientes. Si una semana consultaran más de 2 casos requieren el envío de formularios adicionales.

Angina de pecho estable:

Uno de los siguientes:

- a) Dolor torácico o referido a otras partes del cuerpo (mandíbulas, hombros, espalda o brazos) compatible con angina de pecho desencadenado principalmente por el esfuerzo y aliviado por el reposo o la administración sublingual de nitroglicerina.
- b) Demostración electrocardiográfica, en reposo o esfuerzo, de isquemia cardiaca.

Angina de pecho inestable:

Dolor torácico de localización similar la angina de pecho estable, pero que ha variado su intensidad (mayor) o se desencadena sin situaciones precipitantes o sin esfuerzos.

Infarto agudo de miocardio

Dos de los siguientes criterios:

- a) Dolor característico de la isquemia de miocardio que dure más de 15 minutos
- b) Alteraciones electrocardiográficas del segmento ST o nueva Q.
- c) Elevación de enzimas cardíacas en sangre.

Incluye: Infarto de miocardio agudo, hasta las 4 primeras semanas (28 días) del comienzo.

Excluye: Infarto agudo de miocardio antiguo/cicatrizado.

Enfermedad vascular periférica

1. Arteriosclerosis obliterante (claudicación intermitente, espasmos arteriales)

Uno de los siguientes:

- a) Signos y síntomas de isquemia tisular por obstrucción, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.
- b) Demostración instrumental de obstrucción arterial, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

2. Tromboangitis obliterante (Enfermedad de Buerger).

Enfermedad obliterante caracterizada por la presencia de alteraciones inflamatorias en las arterias y las venas de pequeño y mediano calibre.

3. Otras enfermedades vasculares periféricas como acrocianosis, eritromelalgia, acroparestesias, eritrocianosis, que no pertenecen a apartados anteriores.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID.

Tel.: 983 413 753 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy.es)