

表 1 基线病例报告表 \* 为必填项

1 基本信息		
1.01	门诊号或住院号 *	<input type="checkbox"/>
1.02	姓名*	
1.03	性别*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
1.04	民族	族
1.05	出生日期*	___/___/___ (年/月/日)
1.06	联系电话*	_____ (尽量填写三个联系电话)
1.07	费用类型*	<input type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 城镇职工医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民医疗保险 <input type="checkbox"/> 农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 其他
1.08	教育程度	<input type="checkbox"/> 小学及以下 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 研究生及以上
1.09	入选时间*	___/___/___ (年/月/日)
1.10	是否签署知情同意书*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2 一般情况		
2.01	就诊形式*	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 因 AF 急诊住院 <input type="checkbox"/> 因其他心血管疾病急诊住院 <input type="checkbox"/> 因非心血管疾病 (如肺炎) 急诊住院 <input type="checkbox"/> 择期住院治疗 AF <input type="checkbox"/> 择期住院治疗心血管疾病 <input type="checkbox"/> 择期住院治疗非心血管疾病 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 因 AF 就诊 <input type="checkbox"/> 因其他心血管疾病就诊 <input type="checkbox"/> 因非心血管疾病 (如肺炎) 就诊 <input type="checkbox"/> 急诊 <input type="checkbox"/> 因 AF 就诊 <input type="checkbox"/> 因其他心血管疾病就诊 <input type="checkbox"/> 因非心血管疾病 (如肺炎) 就诊
2.01.01		

2.02 2.02.01 2.02.02 2.02.03	AF 发作的类型* (单选)	<input type="checkbox"/> 首次诊断的 AF (指第一次被确诊为 AF) 就诊时心律 <input type="checkbox"/> AF <input type="checkbox"/> 窦性心律  <input type="checkbox"/> 阵发性 AF 第一次心电图诊断 AF 的时间_____年___月 (如 2009 年 5 月) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)  <input type="checkbox"/> 持续性 AF 第一次心电图诊断 AF 的时间_____年___月 (如 2009 年 5 月) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 最初诊断 AF 时是 <input type="checkbox"/> 阵发性 <input type="checkbox"/> 持续性 └─ <input type="checkbox"/> 发作_____年后转为持续性 (如 1 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)
2.03	房颤分类	<input type="checkbox"/> 非瓣膜性房颤 <input type="checkbox"/> 瓣膜性房颤  注: 瓣膜性房颤通常是指与风湿性心脏瓣膜病 (主要是二尖瓣狭窄) 或瓣膜置换手术相关的房颤
3 临床症状		
3.01	AF 症状分级*	<input type="checkbox"/> EHRA I: 无任何症状 <input type="checkbox"/> EHRA II: 症状轻微, 日常活动不受影响 <input type="checkbox"/> EHRA III: 症状严重, 日常活动受到影响 <input type="checkbox"/> EHRA IV: 致残性症状, 无法从事日常活动
3.02	有无心功能不全的症状*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 (单选, 如否跳至 4) ↓ 心功能 NYHA 分级 (单选) └─ <input type="checkbox"/> I 级 <input type="checkbox"/> II 级 <input type="checkbox"/> III 级 <input type="checkbox"/> IV 级
4 体格检查		
4.01	心率 *	_____次/分
4.02	血压*	_____/_____mmHg
4.03	身高*	_____CM
4.04	体重*	_____KG

4.05	有无心衰体征*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无      (如否跳至 5.01) 有以下哪些体征
4.05.01		└─ <input type="checkbox"/> 心脏扩大
4.05.02		└─ <input type="checkbox"/> 静脉压升高
4.05.03		└─ <input type="checkbox"/> 颈静脉充盈
4.05.04		└─ <input type="checkbox"/> 肝颈反射阳性
4.05.05		└─ <input type="checkbox"/> 吸气时湿啰音
4.05.06		└─ <input type="checkbox"/> S3 奔马律
4.05.07		└─ <input type="checkbox"/> 下肢水肿
4.05.08		└─ <input type="checkbox"/> 肝肿大
4.05.09		└─ <input type="checkbox"/> 胸腔积液
4.05.10		└─ <input type="checkbox"/> 心动过速
5      实验室检查 (最近一次结果, 如无确切数值请填写 NA)		
5.01	血红蛋白*	1年内是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.01.01		最近一次结果      └─ _____ g/L
5.02	肝功能*	1年内是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.02.01		最近一次结果      └─ AST _____ U/L
5.02.02		└─ ALT _____ U/L
5.02.03		└─ 总胆红素 _____ $\mu\text{mol/L}$
5.02.04		└─ 白蛋白 _____ g/L
5.03	肾功能*	1年内是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.03.01		最近一次结果      └─
5.03.02		└─ 血清肌酐水平 _____ $\mu\text{mol/L}$ 或 _____ mg/dL
5.03.03		└─ 尿素氮 _____ mg/dl 或 _____ mmol/L
		└─ 尿酸 _____ mg/dl 或 _____ $\mu\text{mol/L}$
5.04	空腹血糖*	1年内是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		最近一次结果      └─ _____ mmol/L
5.04.01	糖化血红蛋白	1年内是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		最近一次结果      └─ _____ %

5.05	血脂*	1年内是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 最近一次结果 甘油三酯 _____ mmol/L 总胆固醇 _____ mmol/L 低密度脂蛋白胆固醇 _____ mmol/L 高密度脂蛋白胆固醇 _____ mmol/L
5.05.01		
5.05.02		
5.05.03		
5.05.04		
5.06	甲状腺功能*	诊断 AF 后是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (单选) 最近一次结果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 甲亢 是否药物有关 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 甲减 是否药物有关 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (如低 T3 综合征等)
5.06.01		
5.06.02		
5.07	BNP 或 NT-proBNP	1年内是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 最近 一次结果 <input type="checkbox"/> BNP _____ pg/mL 或 <input type="checkbox"/> NT-proBNP _____ pg/mL
5.07.01		
6 超声心动图		
6.01	近两年内是否查过*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如查过请登记最近一次, 如否跳至 7)
6.02	左房前后径	_____ mm
6.03	左室舒张末内径	_____ mm
6.04	左室收缩末内径	_____ mm
6.05	左室壁厚度	舒张末期左室间隔厚度 _____ mm
6.05.01		后壁厚度 _____ mm
6.06	左室射血分数 (EF)	_____ %
6.07	左室舒张功能 (单选)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 舒张功能受损 <input type="checkbox"/> 未测得
6.08	心腔内血栓	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 位置 (单选) <input type="checkbox"/> 左心耳 <input type="checkbox"/> 左房 <input type="checkbox"/> 右房 <input type="checkbox"/> 左室 <input type="checkbox"/> 右室

6.09	二尖瓣反流 (单选)	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 轻到中度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 中度到重度 <input type="checkbox"/> 重度
6.10	其他瓣膜问题 (多选)	<input type="checkbox"/> 主动脉瓣狭窄 <input type="checkbox"/> 主动脉瓣关闭不全 <input type="checkbox"/> 二尖瓣狭窄 <input type="checkbox"/> 三尖瓣狭窄 <input type="checkbox"/> 三尖瓣关闭不全
7 生活质量调查		
以下问题问及心房颤动如何影响患者的生活质量		
<p>在 1 到 7 之间打分, 过去 4 个星期内由于心房颤动的原因, 以下各症状对您造成了多大困扰: 1. 完全不受困扰或我没有此症状 2. 几乎没有症状 3. 有一点困扰 4. 有些困扰 5. 相当困扰 6. 非常困扰 7. 极度困扰</p> <p>(请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
7.01	心悸: 心脏乱跳、漏跳或急剧跳动	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.02	心跳不规则	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.03	心脏活动暂停片刻	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.04	头昏或头晕	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<p>在 1 到 7 之间打分, 过去 4 个星期内您在以下方面是否受到心房颤动的限制: 1. 完全不受限制 2. 几乎不受限制 3. 有一点限制 4. 中度限制 5. 相当限制 6. 非常限制 7. 极度限制</p> <p>(请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
7.05	进行娱乐性消遣、体育运动和爱好的能力	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.06	结交亲密关系、以及与家人或朋友一起活动的的能力	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<p>在 1 到 7 之间打分, 过去 4 个星期内由于心房颤动的原因, 您在以下方面出现了多大困难: 1. 完全没有困难 2. 几乎没有困难 3. 有一点困难 4. 有些困难 5. 相当困难 6. 很多困难 7. 极度困难</p> <p>(请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
7.07	进行任何活动, 因为您感觉劳累、疲惫或精力不足	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

7.08	进行体力活动, 由于呼吸困难	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.09	锻炼	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.10	急速行走	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.11	急速上坡行走或提着购买的用品或其他物品不停歇地上一段楼梯	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.12	进行一些剧烈活动, 比如抬起或移动沉重家具、跑步、或参加网球或篮球一类的高强度体育运动	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<p>在 1 到 7 之间打分, 过去 4 个星期内由于心房颤动的原因, 以下感觉对您的困扰有多大: 1. 完全没有困扰 2. 几乎没有困扰 3. 有一点困扰 4. 中度困扰 5. 相当困扰 6. 非常困扰 7. 极度困扰 (请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
7.13	对您的心房颤动可能随时发生而感到担心或焦虑	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.14	对您的心房颤动在长远上可能使其他健康问题恶化而感到担心	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<p>在 1 到 7 之间打分, 过去 4 个星期内由于心房颤动治疗的原因, 以下情况对您的困扰有多大: 1. 完全没有困扰 2. 几乎没有困扰 3. 有一点困扰 4. 中度困扰 5. 相当困扰 6. 非常困扰 7. 极度困扰 (请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
7.15	担心药物的治疗副作用	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.16	担心导管消融术、手术或心脏起搏器治疗等治疗程序引起的并发症或副作用	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

7.17	担心抗凝药的副作用, 比如流鼻血、刷牙时牙龈出血、割伤处大量出血或淤血	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.18	为治疗干扰您的日常活动而担心或感到焦虑	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<p>在 1 到 7 之间打分, 总体而言, 您目前对以下方面的满意程度如何: 1. 极度满意 2. 非常满意 3. 有些满意 4. 满意和不满都行 5. 有些不满意 6. 非常不满意 7. 极度不满意 (请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
7.19	您目前的治疗对您心房颤动的控制如何	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
7.20	治疗缓解您的心房颤动症状的程度?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
8 既往 AF 治疗情况		
8.01	是否曾应用抗心律失常药物*	<input type="checkbox"/> 是 (如是, 填写具体内容) <input type="checkbox"/> 否 (如否跳至 9.02)
8.01.01.01	*	↓ 曾用下列哪种 (多选)
8.01.01.02		<input type="checkbox"/> 莫雷西嗪 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.01.02.01		<input type="checkbox"/> 心律平 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.01.02.02		
8.01.03.01		<input type="checkbox"/> 胺碘酮 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.01.03.02		↓ 停用原因
8.01.03.03		<input type="checkbox"/> 医嘱停
8.01.03.04		<input type="checkbox"/> 出现副作用停药 具体_____
		<input type="checkbox"/> 无效
		<input type="checkbox"/> 自行停
8.01.04.01		<input type="checkbox"/> 索他洛尔 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.01.04.02		
8.01.05.01		<input type="checkbox"/> 其它 _____

8.02	是否曾应用控制心室率药物*	<input type="checkbox"/> 是 (如是, 填写具体内容) <input type="checkbox"/> 否 (如否跳至 9.03) ↓ 曾用下列哪种 (多选)
8.02.01.01 8.02.01.02		<input type="checkbox"/> β 阻滞剂 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.02.02.01 8.02.02.02		<input type="checkbox"/> 钙离子拮抗剂 (仅指维拉帕米、地尔硫卓等用于减慢心室率的非二氢吡啶类 CCB) 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.02.03.01 8.02.03.02		<input type="checkbox"/> 地高辛 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.02.04.01		<input type="checkbox"/> 其它 _____
8.03 8.03.01.01 8.03.01.02 8.03.01.03  8.03.02.01 8.03.02.02 8.03.02.03	是否曾应用抗栓药物 (此处特指因房颤卒中预防而应用的抗栓药物)*	<input type="checkbox"/> 是 (如是, 填写具体内容) <input type="checkbox"/> 否 (如否跳至 9.04) ↓ 曾用下列哪种 (可多选) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 华法林                      是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                      ↓                      停用原因                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 发生出血</li> <li><input type="checkbox"/> 发生出血以外的其他副作用</li> <li><input type="checkbox"/> 监测困难</li> <li><input type="checkbox"/> 其他原因 _____</li> </ul> </li> <li style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 阿司匹林                      是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                      ↓                      停用原因                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 发生出血</li> <li><input type="checkbox"/> 发生出血以外的其他副作用</li> <li><input type="checkbox"/> 其他原因 _____</li> </ul> </li> </ul>



8.05	是否有 AF 的消融史*	<input type="checkbox"/> 是 ↓ <input type="checkbox"/> 否 (如否跳至 10.01)
8.05.01		第 1 次, 时间_____年_____月, (如 2009 年 5 月) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定
8.05.02		
8.05.03		第 2 次, 时间_____年_____月, (如 2009 年 5 月) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定
		第 3 次, 时间_____年_____月, (如 2009 年 5 月) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定
注: 导管消融成功是指:导管消融 3 月后无 AF 或 AFL 复发。 导管消融 3 个月以内不做评价, 消融成功与否填不确定。		
9 栓塞病史		
9.01	缺血性脑卒中病史*	<input type="checkbox"/> 有 ↓ <input type="checkbox"/> 无 (如否转至 10.03)
9.01.01		最近 1 次, 时间_____年_____月, (如 2009 年 5 月) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)
		是否经 CT 或 MRI 证实 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9.02	缺血性脑卒中后功能障碍	<input type="checkbox"/> 完全或接近完全恢复 (能达到卒中前的功能状态) <input type="checkbox"/> 轻到中度功能障碍 (有功能障碍, 但患者能基本独立进行日常活动, 如穿衣和进食) <input type="checkbox"/> 严重功能障碍 (日常活动不能自理)
9.02.01		
9.03	短暂性脑缺血发作 (TIA) 史*	注: 功能障碍在缺血性脑卒中半年后评价, 半年内不做评价。 <input type="checkbox"/> 有 ↓ <input type="checkbox"/> 无
9.03.01		最近 1 次, 时间_____年 (如 2009 年)
9.04	外周动脉血栓栓塞病史*	<input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) ↓ <input type="checkbox"/> 有 ↓ <input type="checkbox"/> 无
9.04.01		最近 1 次, 时间_____年 (如 2009 年 5 月)
9.04.01.01		<input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)

部位\_\_\_\_\_

9.05	深静脉血栓病史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 是否因此接受华法林抗凝治疗: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 是否停用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9.05.01		
9.05.01.01		
9.06	肺栓塞病史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 是否因此接受华法林抗凝治疗: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 是否停用: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9.06.01		
9.06.01.01		
10 出血病史		
10.01	颅内出血病史*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 (如否转至 11.03) ↓ 最近 1 次, 时间_____年____月, (如 2009 年 5 月) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 是否经 CT 或 MRI 证实 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10.01.01		
10.01.01.01		
10.02	颅内出血的功能障碍	<input type="checkbox"/> 完全或接近完全恢复 (能达到卒中前的功能状态) <input type="checkbox"/> 轻到中度功能障碍 (有功能障碍, 但患者能基本独立进行日常活动, 如穿衣和进食) <input type="checkbox"/> 严重功能障碍 (日常活动不能自理)
10.02.01		
10.03	其他出血史*	注: 功能障碍在缺血性脑卒中半年后评价, 半年内不做评价。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 (多选) → ↓ <input type="checkbox"/> 大出血 (至少需输 2 个单位全血或红细胞, 需住院或手术, 造成永久功能障碍, 或要解剖部位出
10.03.01		
10.03.02		

10.03.03  
如腹膜后、心包、椎管内等)

血,

有明显临床症状 (除外大出血)

隐匿性 (如大便潜血阳性)

11 其他疾病病史

11.01 高血压病史\*  有  无

11.01.01

确诊时间\_\_\_\_\_年 (如 2009 年)

NA (若时间不详选择 NA)



11.09 11.09.01 11.09.02 11.09.03	先天性心脏病病史*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 确诊时间_____年 (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 诊断_____ 是否手术 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11.10 11.10.01 11.10.02 11.10.03	阵发性室上速病史*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 确诊时间_____年 (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 诊断_____ 是否射频消融 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11.11 11.11.01 11.11.02	起搏器置入史 (包括 ICD)*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 置入时间_____年 (如 2009 年) ↓ <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 适应证 (单选) <input type="checkbox"/> 病态窦房结综合征 <input type="checkbox"/> 房颤伴长间歇 <input type="checkbox"/> 房室传导阻滞 <input type="checkbox"/> 室性心动过速/室颤治疗 <input type="checkbox"/> 心脏猝死的一级预防 <input type="checkbox"/> 心力衰竭再同步化治疗 <input type="checkbox"/> 其他
11.12 11.12.01 11.12.02 11.12.03 11.12.04 11.12.05 11.12.06	高脂血症病史*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 确诊时间_____年 (如 2009 年) ↓ <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 血脂控制方法 (多选) <input type="checkbox"/> 未治疗 <input type="checkbox"/> 饮食控制 <input type="checkbox"/> 他汀类药物 <input type="checkbox"/> 其他药物_____
11.13 11.13.01 11.13.02 11.13.03 11.13.04 11.13.05 11.13.06	呼吸系统疾病病史*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 诊断 (多选) <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 → 确诊时间_____ (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暂停综合症 → 确诊时间_____ (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) <input type="checkbox"/> 支气管哮喘 → 确诊时间_____ (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) <input type="checkbox"/> 肺栓塞 → 确诊时间_____ (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) <input type="checkbox"/> 肺结核 → 确诊时间_____ (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) <input type="checkbox"/> 其他_____ 确诊时间_____ (如 2009 年) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)

11.14	消化性溃疡病史*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ 确诊时间_____年 (如 2009 年) ↓ 诊断_____ <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)
11.14.01 11.14.02		
11.15	甲状腺疾病病史*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓ (单选) ├── <input type="checkbox"/> 甲亢 ├── <input type="checkbox"/> 甲减 └── <input type="checkbox"/> 其他_____ (如低 T3 综合征、甲状腺肿瘤等)
11.15.01 11.15.02 11.15.03		
12 不良习惯和滥用史		
12.01	饮酒史 (单选)	<input type="checkbox"/> 目前饮酒: 1 月内饮酒 (每次 > 1 两白酒) <input type="checkbox"/> 近期饮酒: 1 月到 1 年之间饮酒 (每次 > 1 两) <input type="checkbox"/> 既往饮酒: 至少戒酒 1 年以上 (连续饮酒半年以上, 每次 > 1 两) <input type="checkbox"/> 从不饮酒
12.02	吸烟史 (单选)	<input type="checkbox"/> 目前吸烟: 1 月内吸烟 (每天 > 1 支) <input type="checkbox"/> 近期吸烟: 1 月到 1 年之间吸烟 (每天 > 1 支) <input type="checkbox"/> 既往吸烟: 至少戒烟 1 年以上 (连续吸烟半年以上, 每天 > 1 支) <input type="checkbox"/> 从不吸烟
13 心电图检查		
13.00.01	本次入院或就诊是否行心电图检查	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 窦性心律 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 心率_____次/分 P-R 间期_____ms (如为 AF 律, 则选择 NA) QRS 时限_____ms QT 间期_____ms QTc 间期_____ms
13.00.02 13.00.03 13.00.04 13.00.05 13.00.06 13.00.07		
14 导管消融治疗情况		
14.01.01	本次就诊是否因 AF 接受了导管消融	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如否, 转至 16) ↓ 手术日期_____ (年/月/日)
14.01.02		
14.02	消融策略 (单选)	<input type="checkbox"/> 环肺静脉消融 <input type="checkbox"/> 环肺静脉消融+线性消融 <input type="checkbox"/> 环肺静脉消融+线性消融+CFAE <input type="checkbox"/> 环肺静脉消融+ CFAE
14.03.01 14.03.02 14.03.03 14.03.04 14.03.05	消融结果 (多选)	<input type="checkbox"/> 肺静脉电隔离 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 顶部线传导阻滞 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未消融 <input type="checkbox"/> 未评价 <input type="checkbox"/> 二尖瓣峡部传导阻滞 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未消融 <input type="checkbox"/> 未评价 <input type="checkbox"/> 三尖瓣峡部传导阻滞 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未消融 <input type="checkbox"/> 未评价 <input type="checkbox"/> 上腔静脉电隔离 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未消融 <input type="checkbox"/> 未评价

14.04.01 14.04.02	手术结束时诱发	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ├── <input type="checkbox"/> 阴性 └── <input type="checkbox"/> 阳性
14.05	手术时间 (从房间隔穿刺到手术结束)	_____分钟
14.06	总透视时间	_____分钟
14.07	总放电时间	_____分钟
14.08	总盐水灌注量	_____ML
14.09.01 14.09.02	手术结束时窦性心律	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ├── <input type="checkbox"/> 阵发房颤, 手术时即为窦性心律 ├── <input type="checkbox"/> 消融过程中转复 ├── <input type="checkbox"/> 电转复 └── <input type="checkbox"/> 药物转复
14.10.01 14.10.02 14.10.03 14.10.04 14.10.05 14.10.06 14.10.07 14.10.08 14.10.09 14.10.10 14.10.11	手术并发症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 (多选) └── <input type="checkbox"/> 血栓栓塞并发症 └── <input type="checkbox"/> 出血并发症 (血肿、假性动脉瘤、动静脉瘘) └── <input type="checkbox"/> 房室传导阻滞 └── <input type="checkbox"/> 窦房结损伤 └── <input type="checkbox"/> 心包填塞 └── <input type="checkbox"/> 肺静脉狭窄 └── <input type="checkbox"/> 气胸或血气胸 └── <input type="checkbox"/> 左房食管瘘 处理: └── <input type="checkbox"/> 急诊外科手术 └── <input type="checkbox"/> 内科保守治疗 转归: └── <input type="checkbox"/> 痊愈 └── <input type="checkbox"/> 基本恢复正常 └── <input type="checkbox"/> 致残、致畸或遗留功能障碍 └── <input type="checkbox"/> 死亡

15 目前药物治疗情况		
15.01	抗心律失常药物*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如为否跳至 16.02  应用下列哪几种 (多选)
15.01.01 15.01.01.01		<input type="checkbox"/> 莫雷西嗪 服用剂量_____ mg/d
15.01.02 15.01.02.01		<input type="checkbox"/> 心律平 服用剂量_____ mg/d
15.01.03 15.01.03.01		<input type="checkbox"/> 胺碘酮 服用剂量_____ mg/d
15.01.04 15.01.04.01		<input type="checkbox"/> 索他洛尔 服用剂量_____ mg/d
15.01.05 15.01.05.01		<input type="checkbox"/> 其他 _____ 服用剂量_____ mg/d
15.02	控制心室率药物*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如为否跳至 16.03  应用下列哪种 (多选)
15.02.01 15.02.02 15.02.03 15.02.04		<input type="checkbox"/> $\beta$ 阻滞剂 <input type="checkbox"/> 钙离子拮抗剂 <input type="checkbox"/> 地高辛 <input type="checkbox"/> 其他 _____



15.08	ARB*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 具体药物_____ 剂量 _____mg/d
15.09	他汀*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 具体药物_____ 剂量 _____mg/d
16 血样采集		
16.01	患者是否已留取血液样本并妥善保存*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否