

表 3 随访表 * 为必填项

1 一般情况		
1.00 1.00 . 01	随访时间* 随访形式*	____年____月____日 随访形式: <input type="checkbox"/> 电话随访 →本次随访接通号码*_____ <input type="checkbox"/> 门诊随访
1.01 1.02 1.03	是否存活*	<input type="checkbox"/> 是 (如是, 直接转到 1.04) <input type="checkbox"/> 否 <div style="text-align: center;">↓</div> 死亡日期 ____年____月____日 <div style="text-align: center;">↓</div> 具体死亡原因 (单选) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 心脏性 <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> 心衰 <input type="checkbox"/> 猝死 <input type="checkbox"/> 其他心血管原因 </div> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 非心脏性 <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 颅内出血 <input type="checkbox"/> 缺血性脑卒中 <input type="checkbox"/> 其他部位出血 <input type="checkbox"/> 其他非心脏性原因 (如肿瘤等) </div> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 未知原因 </div> </div>
1.04 1.05 1.06 1.07 1.08	自上次随访以来是否住院*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 第 1 次住院原因 <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"/> 择期住院治疗其他心血管疾病 <input type="checkbox"/> 择期住院治疗非心血管疾病 第 1 次住院的医院级别 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 第 2 次住院原因 <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"/> 择期住院治疗其他心血管疾病 <input type="checkbox"/> 择期住院治疗非心血管疾病 第 2 次住院的医院级别 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级

1.09		第 3 次住院原因 <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"/> 择期住院治疗其他心血管疾病 <input type="checkbox"/> 择期住院治疗非心血管疾病
1.10		第 3 次住院的医院级别 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级
1.11	自上次随访以来因心脑血管疾病看门诊次数	_____次
1.12	自上次随访以来因心脑血管疾病看急诊次数	_____次
1.13	自上次随访以来是否有 AF 发作*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 阵发性 AF 发作频率_____次/月 <input type="checkbox"/> 持续的 AF <input type="checkbox"/> 目前仍持续 <input type="checkbox"/> 已转复
1.14		AF 发作时的症状分级*
1.15		<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
2 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		
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（请圈选最合适于描述您的情景的一个数字）		
2.01	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
2.02	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

2.03	心脏活动暂停	<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
2.04	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 (请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
2.05	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
2.06	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 (请圈选最合适于描述您的情景的一个数字)</p>		
2.07	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
2.08	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
2.09	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
2.10	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
2.11	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
2.12	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>		
2.13	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
2.14	对您的心房颤动在 长远上可能使其他	<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

	健康问题恶化而感到担心	
<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>		
2.15	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
2.16	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
2.17	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
2.18	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>		
2.19	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
2.20	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
3 临床症状		
3.01	患者有下列哪些症状*	<input type="checkbox"/> 腹泻、腹胀等消化系统不适
3.02		<input type="checkbox"/> 黑矇
3.03		<input type="checkbox"/> 晕厥
3.04		<input type="checkbox"/> 心悸
3.05		<input type="checkbox"/> 呼吸困难
3.06		<input type="checkbox"/> 胸闷

3.07 3.08		<input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
4 随访时药物应用情况			
4.01	自上次随访以来是否曾应用抗心律失常药物*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如否跳至 4.02) ↓ 曾用下列哪种 (多选) <input type="checkbox"/> 莫雷西嗪 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4.01.01.01 4.01.01.02		<input type="checkbox"/> 心律平 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4.01.02.01 4.01.02.02		<input type="checkbox"/> 胺碘酮 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4.01.03.01 4.01.03.02 4.01.03.03 4.01.03.04		停用原因 <input type="checkbox"/> 医嘱停 <input type="checkbox"/> 出现副作用停药 具体 _____ <input type="checkbox"/> 无效 <input type="checkbox"/> 自行停	
4.01.04.01 4.01.04.02		<input type="checkbox"/> 索他洛尔 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4.01.05.01		<input type="checkbox"/> 其它 _____	
4.02		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如否跳至 4.03)	
4.02.01.01 4.02.01.02		自上次随访以来是否曾应用控制心室率药物*	↓ 曾用下列哪种 (多选) <input type="checkbox"/> β 阻滞剂 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.02.02.01 4.02.02.02			<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
4.02.03.01 4.02.03.02			<input type="checkbox"/> 地高辛 是否停用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

4.02.04.01		<input type="checkbox"/> 其它 _____	
4.03	自上次随访以来是否曾	<input type="checkbox"/> 是 ↓	<input type="checkbox"/> 否 ↓
4.03.01	应用华法林*	<input type="checkbox"/> 仍在使 用 ↓ 目前剂量是_____mg/d	<input type="checkbox"/> 否 ↓ 停药原因 <input type="checkbox"/> 发生出血 <input type="checkbox"/> 发生出血以外的 其他副作用 <input type="checkbox"/> 监测困难 <input type="checkbox"/> 其他原因
4.03.02		自上次随访以来 INR 检查次数_____	<input type="checkbox"/> 预期卒中 风险低 <input type="checkbox"/> 出血风险 高 <input type="checkbox"/> 禁忌症 <input type="checkbox"/> 无法监测
4.03.03		INR 值_____ 检查日期____年__月__日	<input type="checkbox"/> 患者拒绝 <input type="checkbox"/> 其他原因 _____
4.03.04		INR 值_____ 检查日期____年__月__日	
4.03.05		INR 值_____ 检查日期____年__月__日	
4.03.06		INR 值_____ 检查日期____年__月__日	
4.03.07		INR 值_____ 检查日期____年__月__日	
4.03.08		INR 值_____ 检查日期____年__月__日	
4.04	自上次随访以来是否曾应用新型抗凝药物*	<input type="checkbox"/> 是 ↓ 具体药物_____	<input type="checkbox"/> 否 ↓
4.04.01		<input type="checkbox"/> 仍在使 用 ↓ 维持剂量是_____mg/d	<input type="checkbox"/> 否 ↓ 停用原因 <input type="checkbox"/> 发生出血 <input type="checkbox"/> 发生出血外的其他副作用 <input type="checkbox"/> 费用昂贵 <input type="checkbox"/> 其他原因
4.04.02			
4.04.03			
4.05	自上次随访以来是否曾	<input type="checkbox"/> 是 ↓	<input type="checkbox"/> 否 ↓
4.05.01	应用阿司匹	<input type="checkbox"/> 仍在使 用 ↓ 维持剂量是_____mg/d	<input type="checkbox"/> 否
4.05.02	林*		
4.05.03			
4.06	自上次随访	<input type="checkbox"/> 是 ↓	<input type="checkbox"/> 否 ↓
4.06.01	以来是否曾		
4.06.02	应用氯吡格	<input type="checkbox"/> 仍在使 用 ↓ 维持剂量是_____mg/d	<input type="checkbox"/> 否
4.06.03	雷*		

4.07 4.07.01 4.07.02	自上次随访以来是否应用 ACEI*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 列出所用药物 (商品名) _____ 剂量 _____ mg/d
4.08 4.08.01 4.08.02	自上次随访以来是否应用 ARB*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 列出所用药物 (商品名) _____ 剂量 _____ mg/d
4.09 4.09.01 4.09.02	自上次随访以来是否应用他汀*	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 列出所用药物 (商品名) _____ 剂量 _____ mg/d
4.10 4.10.01	自上次随访以来是否应用降糖药物*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 (多选) ├── <input type="checkbox"/> 口服药物治疗 ├── <input type="checkbox"/> 胰岛素治疗 └── <input type="checkbox"/> 不详
5 心脏复律治疗*		
5.01 5.01.01 5.01.02 5.01.03	自上次随访以来是否曾行房颤电复律	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ 第 1 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 第 2 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 第 3 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

		注：电复律成功是指窦性心律维持大于 1 小时。
5.02 5.02.01.01 5.02.01.02 5.02.01.03 5.02.02.01 5.02.02.02 5.02.02.03 5.02.03.01 5.02.03.02 5.02.03.03	自上次随访以来是否曾行房颤药物复律	<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>↓</p> <p>第 1 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日)</p> <p><input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)</p> <p>药物_____是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>第 2 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日)</p> <p><input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)</p> <p>药物_____是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>第 3 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日)</p> <p><input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)</p> <p>药物_____是否成功 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>注：房颤药物复律是指以下情况：<input type="checkbox"/> 口服或静脉应用胺碘酮；静脉应用伊布利特；<input type="checkbox"/> 口服或静脉应用心律平。</p> <p>药物复律成功是指用药 2 小时后转复为窦性心律且维持大于 1 小时。</p>
6. 非药物治疗		
6.01 6.01.01.01 6.01.01.02 6.01.01.03 6.01.01.04 6.01.02.00 6.01.02.01 6.01.02.02 6.01.02.03 6.01.02.04	自上次随访以来是否曾行导管消融治疗*	<p><input type="checkbox"/> 是(如是, 添加手术记录) <input type="checkbox"/> 否</p> <p>↓</p> <p>适应证 (可多选)</p> <p><input type="checkbox"/> 室上速 <input type="checkbox"/> 房颤 <input type="checkbox"/> 典型房扑 <input type="checkbox"/> 其他 _____</p> <p>↓</p> <p>是否出现并发症: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>具体并发症为 (可多选)</p> <p> <input type="checkbox"/> 血栓栓塞并发症</p>

6.01.02.05 6.01.02.06 6.01.02.07 6.01.02.08 6.01.02.09		<p> <input type="checkbox"/> 出血并发症（血肿、假性动脉瘤、AV 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 </p>
6.02 6.02.01 6.02.02	自上次随访以来是否曾行起搏器置入(包括 ICD)*	<p> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 </p> <p>↓</p> <p>置入时间____年____月____日（如 2009 年 5 月 1 日）， <input type="checkbox"/> NA（若时间不详选择 NA）</p> <p>↓</p> <p>适应证（单选）</p> <p> <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 </p>
6.03	自上次随访以来是否行外科房颤消融*	<p> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 </p>
7 血栓栓塞事件		
7.01 7.01.01 7.01.02 7.01.03	自上次随访以来有无缺血性脑卒中发生*	<p> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 </p> <p>↓</p> <p>第 1 次, 时间____年____月____日（如 2009 年 5 月 1 日）， <input type="checkbox"/> NA（若时间不详选择 NA）</p> <p>是否经 CT 或 MRI 证实 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____（具体数值） <input type="checkbox"/> 未测</p> <p>第 2 次, 时间____年____月____日（如 2009 年 5 月 1 日）， <input type="checkbox"/> NA（若时间不详选择 NA）</p> <p>是否经 CT 或 MRI 证实 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

		当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测 第 3 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日), <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 当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测
7.02	自上次随访以来有无短暂性脑缺血发作 (TIA) *	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓
7.02.01		第 1 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)
7.02.02 7.02.03		第 2 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA) 第 3 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)
8 出血事件		
8.01	自上次随访以来有无颅内出血*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ↓
8.01.01 8.01.01.01		第 1 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <input type="checkbox"/> NA (若时间不详选择 NA)
8.01.02 8.01.02.01 8.01.03 8.01.03.01		是否经 CT 或 MRI 证实 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测 第 2 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <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 当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测 第 3 次, 时间_____年_____月_____日 (如 2009 年 5 月 1 日) <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 当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测

8.02 自上次随访 有 无

8.02.01 8.02.02 8.02.03	以来有无其他出血史*	(多选) → <input type="checkbox"/> 大出血 (至少需要输 2 个单位全血或红细胞, 需住院或手术, 造成永久功能障碍, 或重要解剖部位出血, 如腹膜后、心包、椎管内等) 当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测 → <input type="checkbox"/> 有明显临床症状 (除外大出血) 当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测 → <input type="checkbox"/> 隐匿性 (如大便潜血阳性) 当时 INR 结果: <input type="checkbox"/> _____ (具体数值) <input type="checkbox"/> 未测
8.03	自上次随访以来患者有无新诊断下列疾病*	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 如果新诊断心衰, 是否因此住院 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 肾功能不全 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能减低 <input type="checkbox"/> 甲状腺功能亢进 <input type="checkbox"/> 无
9 实验室检查		
9.01.01 9.01.02 9.01.03 9.01.04	肝功能*	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (最近一次结果, 如具体数值不详填 NA) → AST _____ U/L → ALT _____ U/L → 总胆红素 _____ $\mu\text{mol/L}$ → 白蛋白 _____ g/L
9.02.01 9.02.02 9.02.03	肾功能*	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (最近一次结果, 如具体数值不详填 NA) → 血清肌酐水平 _____ $\mu\text{mol/L}$ 或 _____ mg/dL → 尿素氮 _____ mg/dl 或 _____ mmol/L → 尿酸 _____ mg/dl 或 _____ $\mu\text{mol/L}$
9.03.01 9.03.02 9.03.03	离子*	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (最近一次结果, 如具体数值不详填 NA) → K 离子 _____ mmol/L → Na 离子 _____ mmol/L

9.04.01 9.04.02 9.04.03 9.04.04 9.04.05	甲状腺功能 *	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (结论, 单选) → <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)
10 特殊检查		
10.01.01 10.01.02 10.01.03 10.01.04 10.01.05 10.01.06 10.01.07	心电图	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ (最近一次结果) 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, 则填写 NA) QRS 时限 _____ ms QT 间期 _____ ms QTc 间期 _____ ms
10.02.01 10.02.02 10.02.03 10.02.04 10.02.05 10.02.06	24 小时动态 心电图	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ (最近一次结果) 房颤/房扑发作 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 最大心率 _____ 次/分 最小心率 _____ 次/分 平均心率 _____ 次/分 房颤负荷 _____ % (如数值不明确, 请填 NA)
10.03.01 10.03.02	胸片	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ (最近一次结果) 诊断 _____
10.04.01	超声心动图*	自上次随访以来是否查过 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ↓ (最近一次结果) 左房前后径 _____ mm 左心室舒张末期内径 _____ mm 左室壁厚度 _____ mm 左心室射血分数 _____ mm 左心室舒张功能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 舒张功能受损 <input type="checkbox"/> 未测得 心腔内血栓 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无

		二尖瓣反流 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 轻 <input type="checkbox"/> 轻到中度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 中到重度 <input type="checkbox"/> 重度 其他特殊情况_____
11	患者是否同意继续随访	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否