

附件 7

脑卒中高危人群筛查和干预项目随访表

(适用于城市社区及农村乡镇脑卒中高危人群随访)

一、基本信息

随访时间: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	随访轮次 (距离建档时间): <input type="checkbox"/> 第一次 (1-3 个月) <input type="checkbox"/> 第二次 (4-6 个月) <input type="checkbox"/> 第三次 (7-12 个月) <input type="checkbox"/> 第四次 (13-24) 个月 <input type="checkbox"/> 其他新增随访, <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	
随访方式: <input type="checkbox"/> “面对面”随访 <input type="checkbox"/> 非“面对面”随访 (具体方式_____) (注: 电话随访仅限 3 个月、6 个月)		
随访机构类型: <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 城市社区 <input type="checkbox"/> 农村乡镇	随访医师:	联系电话:
患者身份证号: _____	患者姓名:	
患者联系方式是否改变: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, (新通讯地址____省____市____区/县____街道/村____号 住宅电话 <input type="text"/> - <input type="text"/> 手机 <input type="text"/>		
日常就诊场所: <input type="checkbox"/> 三级医院 <input type="checkbox"/> 二级医院 <input type="checkbox"/> 社区医院 <input type="checkbox"/> 其他, 请详述_____		
主要危险因素 (本次随访需要重新对各危险因素变化进行再评估, 系统自动显示最新脑卒中筛查评估结果): <input type="checkbox"/> 脑卒中 (<input type="checkbox"/> 首发 <input type="checkbox"/> 再发) <input type="checkbox"/> 短暂脑缺血发作 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 血脂异常 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心房颤动 <input type="checkbox"/> 吸烟 <input type="checkbox"/> 明显超重或肥胖 <input type="checkbox"/> 缺乏运动 <input type="checkbox"/> 卒中家族史 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 颈动脉狭窄		
脑卒中危险自动分级 (本次随访需要重新评估各危险因素变化情况, 系统自动显示最新脑卒中危险分级结果): <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 短暂脑缺血发作 <input type="checkbox"/> n≥3 高危 <input type="checkbox"/> 中危 <input type="checkbox"/> 低危		

二、个人史记录

2.1 患者生存状态		
生存状态	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 存活 死亡时间: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 死亡原因: <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 心血管病 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 呼吸系统疾病 <input type="checkbox"/> 损伤和中毒 <input type="checkbox"/> 其他死亡原因: _____	
2.2 本次随访周期内疾病情况		
本次随访周期内因脑卒中住院或急诊	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 发病时间 1: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 入院方式: <input type="checkbox"/> 急诊住院 <input type="checkbox"/> 门诊住院 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构转诊入院 <input type="checkbox"/> 门急诊治疗 <input type="checkbox"/> 其他诊疗方式_____ 出院诊断: <input type="checkbox"/> 脑梗死 (<input type="checkbox"/> 心源性 <input type="checkbox"/> 非心源性) <input type="checkbox"/> TIA (短暂性脑缺血发作) <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 蛛网膜下腔出血 发病时间 2: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 入院方式: <input type="checkbox"/> 急诊住院 <input type="checkbox"/> 门诊住院 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构转诊入院 <input type="checkbox"/> 门急诊治疗 <input type="checkbox"/> 其他诊疗方式_____ 出院诊断: <input type="checkbox"/> 脑梗死 (<input type="checkbox"/> 心源性 <input type="checkbox"/> 非心源性) <input type="checkbox"/> TIA (短暂性脑缺血发作) <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 蛛网膜下腔出血 发病时间 3: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 入院方式: <input type="checkbox"/> 急诊住院 <input type="checkbox"/> 门诊住院 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构转诊入院 <input type="checkbox"/> 门急诊治疗 <input type="checkbox"/> 其他诊疗方式_____ 出院诊断: <input type="checkbox"/> 脑梗死 (<input type="checkbox"/> 心源性 <input type="checkbox"/> 非心源性) <input type="checkbox"/> TIA (短暂性脑缺血发作) <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 蛛网膜下腔出血 脑卒中出院后是否接受肢体康复治疗: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 接受康复治疗的地点: <input type="checkbox"/> 三级医院 <input type="checkbox"/> 二级医院 <input type="checkbox"/> 社区医院 <input type="checkbox"/> 家里 <input type="checkbox"/> 其他场所: _____	
	本次随访周期内因心脏病住院	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 发病时间 1: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月

院或急诊	入院方式： <input type="checkbox"/> 急诊住院 <input type="checkbox"/> 门诊住院 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构转诊入院 <input type="checkbox"/> 门急诊治疗 <input type="checkbox"/> 其他诊疗方式，_____
	心脏病类型： <input type="checkbox"/> ST 段抬高型心肌梗死 <input type="checkbox"/> 非 ST 段抬高型心肌梗死 <input type="checkbox"/> 不稳定型心绞痛 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 心律失常，类型_____， <input type="checkbox"/> 其他
	发病时间 2： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
	入院方式： <input type="checkbox"/> 急诊住院 <input type="checkbox"/> 门诊住院 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构转诊入院 <input type="checkbox"/> 门急诊治疗 <input type="checkbox"/> 其他诊疗方式，_____
	心脏病类型： <input type="checkbox"/> ST 段抬高型心肌梗死 <input type="checkbox"/> 非 ST 段抬高型心肌梗死 <input type="checkbox"/> 不稳定型心绞痛 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 心律失常，类型_____， <input type="checkbox"/> 其他
	发病时间 3： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
	入院方式： <input type="checkbox"/> 急诊住院 <input type="checkbox"/> 门诊住院 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构转诊入院 <input type="checkbox"/> 门急诊治疗 <input type="checkbox"/> 其他诊疗方式，_____
	心脏病类型： <input type="checkbox"/> ST 段抬高型心肌梗死 <input type="checkbox"/> 非 ST 段抬高型心肌梗死 <input type="checkbox"/> 不稳定型心绞痛 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 心律失常，类型_____， <input type="checkbox"/> 其他诊疗方式，_____
本次随访周期	房颤： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
内否新增下列	糖尿病： <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 接受降糖治疗 <input type="checkbox"/> 未接受降糖治疗) <input type="checkbox"/> 无
疾病诊断	高血压： <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 接受降压治疗 <input type="checkbox"/> 未接受降压治疗) <input type="checkbox"/> 无
2.3 生活方式	
吸烟	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 若正在吸烟， 吸烟史 <input type="text"/> 年 (按整数计)， 目前平均吸烟 _____支/天 若已戒烟， 戒烟史 <input type="text"/> 年 (按整数计)， 曾经吸烟 <input type="text"/> 年， 平均吸烟 _____支/天
饮酒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 饮酒史： 大约 <input type="text"/> 年 (按整数年计) <input type="checkbox"/> 经常大量饮酒 (高度白酒 > 50 度，≥3 次/周、≥2 两/次) <input type="checkbox"/> 偶尔饮
运动习惯	<input type="checkbox"/> 经常运动或重体力劳动 (含工农业劳动者) <input type="checkbox"/> 运动缺乏或轻体力劳动者 (锻炼次数 < 3 次/周且 < 30 分钟/次)
膳食习惯	<input type="checkbox"/> 口味偏咸 <input type="checkbox"/> 口味偏油 吃蔬菜 (<input type="checkbox"/> ≥5 天/周 <input type="checkbox"/> ≤2 天/周) 吃水果 (<input type="checkbox"/> ≥3 天/周 <input type="checkbox"/> 很少或偶尔吃) 喝牛奶或酸奶 (<input type="checkbox"/> ≥200ml/天且 ≥5 天/周 <input type="checkbox"/> 很少或偶尔喝)

三、相关检查检验项目

(血糖、血脂、糖化血红蛋白、颈动脉超声仅第 1 年、第 2 年需要随访；其中，糖化血红蛋白仅糖尿病人需要随访)

3.1 体格检查
现测血压 (<input type="checkbox"/> 左侧 <input type="checkbox"/> 右侧)： 收缩压 SBP <input type="text"/> (mmHg) / 舒张压 DBP <input type="text"/> (mmHg) 若为高血压患者，请填写如下内容 (科研型基地选填项目)： 平常血压 (<input type="checkbox"/> 左侧 <input type="checkbox"/> 右侧)： 收缩压 SBP <input type="text"/> (mmHg) / 舒张压 DBP <input type="text"/> (mmHg) 平常血压测量频率： <input type="checkbox"/> ≥1 次/周 <input type="checkbox"/> 1-3 次/周 <input type="checkbox"/> 不规律测量 <input type="checkbox"/> 未测
身高：_____ cm 体重：_____ cm BMI：_____

3.2 实验室检验				
检查时间： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		机构类型： <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 社区或乡镇医院		
类型	检查指标	数值	单位	标识
3.2.1 血糖	3.2.1.1 空腹血糖 GLU	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑ / <input type="checkbox"/> 正常 / <input type="checkbox"/> ↓
	血糖测量频率： <input type="checkbox"/> ≥3 次/周 <input type="checkbox"/> 1-2 次/周 <input type="checkbox"/> 1-2 次/月 <input type="checkbox"/> 不规律测量 <input type="checkbox"/> 未测			
	3.2.1.2 糖化血红蛋白 HbA1c (糖尿病人必做)	_____	%	<input type="checkbox"/> ↑ / <input type="checkbox"/> 正常 / <input type="checkbox"/> ↓
3.2.2 血脂	3.2.2.1 甘油三酯 TG	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑ / <input type="checkbox"/> 正常 / <input type="checkbox"/> ↓

国家卫生计生委“十二五”医改专项——脑卒中高危人群筛查和干预项目

3.2.2.2 总胆固醇 TCHO	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
3.2.2.3 低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
3.2.2.4 高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
3.2.3 同型半胱氨酸 HCY(有条件地区开展)	_____	μmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓

3.3 心电图 ECG (有心律不齐者必做)	
检查时间： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日	机构类型： <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 社区或乡镇医院
检查结果： <input type="checkbox"/> 异常	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 未测
<input type="checkbox"/> 房颤 <input type="checkbox"/> 缺血性改变 <input type="checkbox"/> 左心室肥厚 <input type="checkbox"/> 其他诊断，请详述_____	

3.4 颈动脉超声 (3月、6月不用随访)										
本次随访或最近一次测量：检查时间： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日										
检查结果： <input type="checkbox"/> 全部正常 <input type="checkbox"/> 任一部位有异常 (可多选)										
异常类型	异常项目	责任病灶部位								
		左侧			右侧					
		颈总	颈内	颈外	颈总	颈内	颈外	颈总	颈内	颈外
内膜 IMT	增厚(IMT≥1.0mm) (0=否,1=是)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
斑块	数量	<input type="checkbox"/> 无(n=0) <input type="checkbox"/> 单发 (n=1) <input type="checkbox"/> 多发 (n≥2)								
	形态(1=不规则,0=规则)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	溃疡(1=有,0=无)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	回声(1=强回声,2=中等回声,3=低回声,4=混合回声)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
狭窄或闭塞	狭窄率 (0=无狭;1=1-49%;2=50-69%;3=70-99%;4=闭塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
支架术 (CAS)	术后： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 个月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
支架术后再狭窄	狭窄率 (0=无狭;1=1-49%;2=50-69%;3=70-99%;4=闭塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
内膜剥脱术 (CEA)	术后： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 个月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CEA 术后再狭窄	狭窄率 (0=无狭;1=1-49%;2=50-69%;3=70-99%;4=闭塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

四、近 2 周用药记录

用途	种类	药品名称 (化学名称)
4.1 降压	<input type="checkbox"/> 利尿药	
	<input type="checkbox"/> 钙拮抗剂	
	<input type="checkbox"/> β受体阻滞剂	
	<input type="checkbox"/> ACEI	
	<input type="checkbox"/> ARB	
	<input type="checkbox"/> 其他	
4.2 降糖	<input type="checkbox"/> 磺脲类	
	<input type="checkbox"/> 格列奈类	
	<input type="checkbox"/> α-糖苷酶抑制剂类	
	<input type="checkbox"/> 双胍类	

	<input type="checkbox"/> 格列酮类	
	<input type="checkbox"/> 胰岛素	
	<input type="checkbox"/> 其他	
4.3 降脂	<input type="checkbox"/> 他汀类 (包括血脂康)	
	<input type="checkbox"/> 贝特类	
	<input type="checkbox"/> 烟酸类	
	<input type="checkbox"/> 树脂类	
	<input type="checkbox"/> 胆固醇吸收抑制剂	
	<input type="checkbox"/> 其他	
4.4 抗凝	<input type="checkbox"/> 维生素 K 拮抗剂	<input type="checkbox"/> 华法林
	<input type="checkbox"/> 增加抗凝血酶活性	<input type="checkbox"/> 普通肝素 <input type="checkbox"/> 水蛭素 <input type="checkbox"/> 低分子肝素
	<input type="checkbox"/> 凝血因子抑制剂	<input type="checkbox"/> 达比加群
	<input type="checkbox"/> 其他	
4.5 抗血小板	<input type="checkbox"/> 环氧酶 1 抑制剂	<input type="checkbox"/> 阿司匹林
	<input type="checkbox"/> ADP 受体拮抗剂	<input type="checkbox"/> 氯吡格雷
	<input type="checkbox"/> 抑制血小板磷酸二酯酶	<input type="checkbox"/> 双嘧达莫 <input type="checkbox"/> 西洛他唑
	<input type="checkbox"/> 其他	
4.6 降同型半胱氨酸	<input type="checkbox"/> 叶酸	
	<input type="checkbox"/> VitB12	
	<input type="checkbox"/> VitB6	
4.7 中药治疗	<input type="checkbox"/> 中成药	
	<input type="checkbox"/> 汤药	
4.8 其他药物		

五、mRS 评分

(改良 Rankin 量表, 仅脑卒中患者需要填写)

评分时间: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	第 <u> </u> 次评分	评分机构: <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 社区或乡镇医院
选项		评分值
<input type="checkbox"/> 完全无症状		0
<input type="checkbox"/> 尽管有症状, 但无明显功能障碍, 能完成所有日常工作和生活		1
<input type="checkbox"/> 轻度残疾, 不能完成病前所有活动, 但不需帮助能照顾自己的日常生活		2
<input type="checkbox"/> 中度残疾, 需部分帮助, 但能独立行走		3
<input type="checkbox"/> 重度残疾, 不能独立行走, 无他人帮助不能满足自身日常生活需求		4
<input type="checkbox"/> 严重残疾, 持续卧床、二便失禁, 要求持续护理和关注, 日常生活完全依赖他人		5
mRS 得分		