

## 附件 6

# 2013 年度脑卒中高危人群筛查和干预项目风险评估表

(适用于城市社区和农村乡镇≥40 岁以上人群整群抽样筛查)

<现场调查纸质版>

### 一、档案信息

<b>1.1 基本信息</b>		
医疗机构名称: _____	建档日期: □□□□年□□月□□日	社区: <input type="checkbox"/> 城市 <input type="checkbox"/> 农村
筛查员: _____ (联系电话: _____)	质控员: _____ (联系电话: _____)	
<b>1.2 人口学信息</b>		
姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族: _____ 族
身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□		
婚姻状况: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 其他		受教育程度: <input type="checkbox"/> 小学及以下 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 中专/高中 <input type="checkbox"/> 大专/大本 <input type="checkbox"/> 硕士及以上
职业 (退休前职业): <input type="checkbox"/> 国家公务员 <input type="checkbox"/> 专业技术人员 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 企业管理人员 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 现役军人 <input type="checkbox"/> 自由职业者 <input type="checkbox"/> 个体经营者 <input type="checkbox"/> 无业人员 <input type="checkbox"/> 其他, 请详述 _____		
个人月均医疗费用支出 (不含医保支出费用): <input type="checkbox"/> 500 元以下 <input type="checkbox"/> 500-1000 元 <input type="checkbox"/> 1001-3000 元 <input type="checkbox"/> 3001-5000 元 <input type="checkbox"/> 5001-10000 元 <input type="checkbox"/> 10000 元以上 <input type="checkbox"/> 不详		
主要医疗付费方式: <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 贫困救助 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 全公费 <input type="checkbox"/> 全自费 <input type="checkbox"/> 其他社会保险 <input type="checkbox"/> 其他		
<b>1.3 通讯及联系方式</b>		
户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/村 _____		邮编: □□□□□□
现居住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/村 _____		邮编: □□□□□□
电话: □□□-□□□□□□□□	手机: □□□□□□□□□□	电子邮箱 (可选项):
主要联系人姓名: _____	与本人关系 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他	
		联系人电话:

### 二、初筛信息

1	高血压病 (血压≥140/90 mmHg 或正在服用降压药): <input type="checkbox"/> 有 现测血压 ( <input type="checkbox"/> 左侧 <input type="checkbox"/> 右侧): 收缩压 SBP □□□(mmHg) / 舒张压 DBP □□□(mmHg)	<input type="checkbox"/> 无
2	血脂异常 (甘油三酯≥2.26mmol/L, 或总胆固醇≥6.22mmol/L, 或低密度脂蛋白胆固醇 LDL≥4.14mmol/L, 或高密度脂蛋白胆固醇 HDL<1.04mmol/L): <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 未知
3	糖尿病: <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
4	心房颤动 (房颤): <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
5	吸烟史: <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
6	明显超重或肥胖 (BMI≥26kg/m <sup>2</sup> ): <input type="checkbox"/> 是 身高: □□□cm 体重: □□□.□ kg BMI: □□.□ kg/m <sup>2</sup> (BMI=体重/身高 <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 否

7	<b>运动缺乏或轻体力劳动者</b> (运动次数<3次/周且<30分钟/次;参与工农业劳动视为有运动): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
8	<b>脑卒中家族史</b>					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
I	<b>既往脑卒中</b> : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
II	<b>既往短暂性脑缺血发作(TIA)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
初筛结果 (系统生成)	风险分级	<input type="checkbox"/> 脑卒中	<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> n≥3 高危	<input type="checkbox"/> 中危	<input type="checkbox"/> 低危
	危险标识					
	管理分级	强化管理			规范化管理	健康管理

### 三、复筛信息

(由初筛评分为脑卒中高危人群根据初筛结果详细填写相关病史,包括既往脑卒中、TIA患者以及危险因素n≥3人群)

3.1 其他重要病史	
3.1.3	<b>高血压</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <b>确诊年数</b> : <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年左右(6-12月) <input type="checkbox"/> 大约□□□□年(按整数计) <b>是否服用降压药</b> : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
3.1.3	<b>血脂异常</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <b>确诊年数</b> : <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年左右(6-12月) <input type="checkbox"/> 大约□□□□年(按整数计) <b>异常类型(可多选)</b> : <input type="checkbox"/> 总胆固醇高 <input type="checkbox"/> 甘油三酯高 <input type="checkbox"/> 低密度脂蛋白胆固醇高 <input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白胆固醇低 <b>是否服用降脂药</b> : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
3.1.3	<b>糖尿病</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <b>确诊年数</b> : <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年左右(6-12月) <input type="checkbox"/> 大约□□□□年(按整数计) <b>是否服用降糖药</b> : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
3.1.4	<b>其他心脏病(可多选)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 风湿性心脏病(包括合并瓣膜病变) <input type="checkbox"/> 心肌病 <input type="checkbox"/> 其他类型心脏病

3.2 家族史	
3.2.1	<b>脑卒中(可多选)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.2	<b>冠心病(可多选)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.3	<b>高血压(可多选)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.4	<b>糖尿病(可多选)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.5	<b>高脂血症(可多选)</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属

3.3 生活方式	
3.3.1	<b>吸烟</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 若正在吸烟, <b>吸烟史</b> □□年(按整数计), <b>目前平均吸烟</b> ____支/天 若已戒烟, <b>戒烟史</b> □□年(按整数计), <b>曾经吸烟</b> □□年, <b>平均吸烟</b> ____支/天
3.3.2	<b>饮酒</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 <b>饮酒史</b> : 大约□□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

3.3.3	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)
3.3.4	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)

#### 四、近2周用药信息

服药用途		药物种类或名称	
4.1	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 降糖	<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	<input type="checkbox"/> 降脂	<input type="checkbox"/> 他汀类 <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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 抗血小板	<input type="checkbox"/> 环氧化酶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	<input type="checkbox"/> 降同型半胱氨酸	<input type="checkbox"/> 叶酸 <input type="checkbox"/> VitB12 <input type="checkbox"/> VitB6	
4.7	<input type="checkbox"/> 中药治疗	<input type="checkbox"/> 中成药 <input type="checkbox"/> 汤药	
4.8	<input type="checkbox"/> 其他药物		

#### 五、体格检查信息

腰围: _____ cm	臀围: _____ cm	脉搏: _____ (次/分)
心脏听诊:	<input type="checkbox"/> 有(心律: <input type="checkbox"/> 整齐 <input type="checkbox"/> 不齐) <input type="checkbox"/> 无	

#### 六、实验室检验信息

检查时间: □□□□年□□月□□日		检查机构: <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
6.1 血糖	6.1.1 空腹血糖 GLU	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.1.2 糖化血红蛋白 HbA1c(糖尿病人必做)	_____	%	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
6.2 血脂	6.2.1 甘油三酯 TG	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.2.2 总胆固醇 TCHO	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.2.3 低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.2.4 高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
6.3 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"/> ↓

#### 七、检查信息

<b>7.1 心电图</b> (心脏听诊有心律不齐者必做项目)	
检查时间: □□□□年□□月□□日	检查机构: <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"/> 未见异常
	<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_____	

7.2 颈部血管超声											
检查时间：□□□□年□□月□□日						检查机构：□基地医院 □社区或乡镇医院					
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	窦部	颈内	颈总	窦部	颈内				
7.2.1	内膜 IMT	增厚(IMT≥1.0mm) (0=否,1=是)	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
7.2.2	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"/>				
7.2.3	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"/>				
7.2.4	支架术 (CAS)	术后：□□年□□个月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7.2.5	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"/>				
7.2.6	内膜剥脱术 (CEA)	术后：□□年□□个月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7.2.7	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"/>				

### 八、mRS 评分 (改良 Rankin 量表, 仅脑卒中患者需要填写)

评估时间：□□□□年□□月□□日	第 □□ 评分	评估机构：□基地医院 □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		