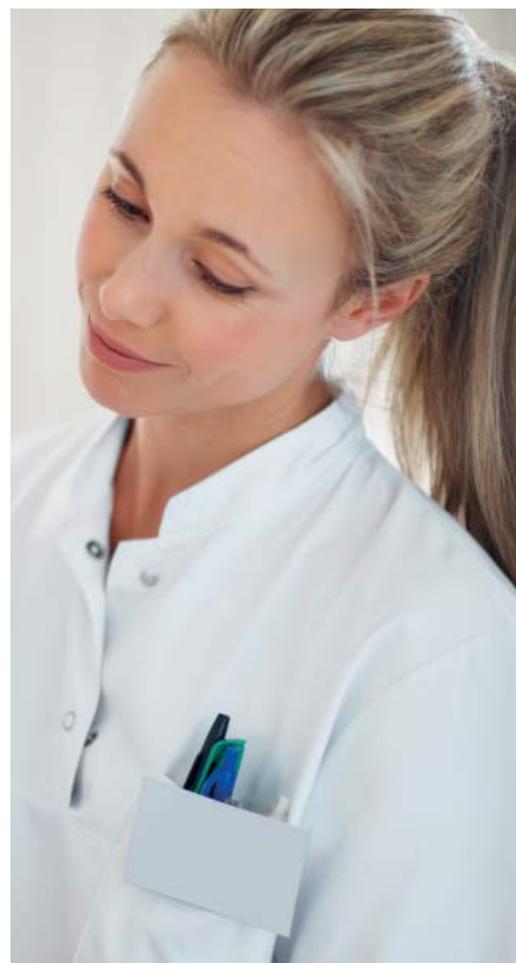


Fibrilhação Auricular

Grelha de avaliação



A trabalhar em conjunto para prestar informação, apoio e acesso a tratamentos bem estabelecidos, novos ou inovadores para a fibrilhação auricular

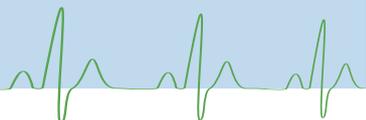
Grelha de avaliação para a fibrilhação auricular

Esta grelha de verificação foi desenvolvida para recolher e transmitir ao seu médico informação que ele possa usar para selecionar o melhor tratamento para si caso lhe diagnostique fibrilhação auricular ou alguma outra alteração do ritmo cardíaco.

A fibrilhação auricular e o flutter auricular são distúrbios do ritmo cardíaco que podem resultar em complicações tais como insuficiência cardíaca (batimentos cardíacos lentos) ou até AVC (Acidente Vascular Cerebral). Os sintomas incluem as palpitações, falta de ar, dor no peito e cansaço.

Existem vários tratamentos importantes para a fibrilhação auricular e flutter auricular que se apresentam muito efetivos, prevenindo os sintomas e complicações associados. A escolha certa do tratamento depende em parte da informação ser corretamente prestada pelo doente.

O seguinte questionário tem como objetivo ajudar a fornecer a informação importante para o seu médico. Seria importante preencher o questionário antes da visita ao seu médico. Caso existam alguns termos científicos na qual não perceba coloque um ponto de interrogação.



Nome

Data de Nascimento: / /

Sexo Masculino Feminino

Apresenta algum dos seguintes sintomas?

	Sim	Não	Quando (data)
Palpitações com duração superior e 15 segundos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de ar			
Em descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com palpitações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando faz exercício	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor no peito			
Em descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com palpitações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando faz exercício	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inchaço dos tornozelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teve algumas destas seguintes condições médicas ou procedimentos?

Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distúrbios na tiróide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC ou AIT (mini-AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardioversão elétrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de ablação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantação de Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantação de ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença vascular / problemas arteriais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Foi-lhe feito um diagnóstico definitivo de:

Fibrilhação auricular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flutter auricular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O seu problema de ritmo cardíaco

Ocorre em forma de ataques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está presente a tempo inteiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

É ou alguma vez foi tratado por algum destes fármacos?

	Sim	Não	Desde quando
Amiodarona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apixabano (Eliquis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta Bloqueadores*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueadores da entrada de cálcio* (diltiazem, verapamilo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candesartan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clopidogrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dabigatran (Pradaxa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digoxina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dronedarona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edoxabano (Lixiana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flecainide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propafenone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rivaroxabano (Xarelto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sotalol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estatinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verapamilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varfarina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suplementos vitamínicos/ medicamentos alternativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alguma vez consultou um médico relativamente ao seu problema?

	Sim	Não	Quando (data)
Médico de família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico da medicina geral e familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico de Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico especialista em ECG (electrofisiologista) / enfermeiro especialista em arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alguma vez realizou algum dos seguintes testes? Se tem alguns resultados em casa, tente trazer para a sua consulta, por favor.

	Sim	Não	Quando (data)
ECG em repouso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG de esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitorização de evento no ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantação de monitor de ECG 24h, 48h, 7 dias, 14 dias monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecodoppler do coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análises ao sangue da função da tiróide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras análises ao sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem a cópia do seu ECG? Se sim, leve à consulta por favor

	Sim	Não	Quando (data)
Quando o ritmo é normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando há presença de anormalidade no ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*ECG = electrocardiograma *Bloqueadores da entrada de cálcio = diltiazem (Adizem, Calcicard, Dilzem, Slozem, Tildiem) ou verapamilo (Cordilox, Securon, Univer, Vertab, Zolvera)
*Bloqueadores Beta = propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol e outros fármacos terminados em "lol"
*AIT (mini-AVC) = Acidente Isquémico Transitório

Fornecendo informação, suporte e acesso para estabelecer novos tratamentos ou inovadores para a Fibrilhação Auricular

A Associação AF gostaria de agradecer a todos os que ajudaram a desenvolver e a rever esta publicação. Em particular, um agradecimento ao Dr. Andreas Wolf, ao Dr. Matthew Fay (GPwSI), ao Dr. Charlotte D'Souza (médico da Associação AF, escritor e revisor).

AF Association
Unit 6B
Essex House
Cromwell Business Park
Chipping Norton
UK

+44(0)1789 867502

@ info@afa-international.org

➔ www.afa-international.org

© AF Association
Published March 2010,
Reviewed August 2014

Por favor lembre-se que esta publicação fornece normas orientativas gerais apenas. Os pacientes devem sempre discutir a sua condição junto de um profissional de saúde. Para mais informações ou para apresentação de feedback por favor contacte a Associação AF.

Translated by

 **iPACT** INTERNATIONAL
PHARMACISTS FOR
ANTICOAGULATION
CARE TASKFORCE

In partnership with


Arrhythmia Alliance
www.hearrhythmalliance.org