

Форма даних пацієнта з інсультом
(з урахуванням типу ГПМК)

Основна інформація			
ВІК	_____ (років)	СТАТЬ	ЧОЛОВІЧА/ЖІНОЧА
Востаннє був(ла) без ознак інсульту			
ДАТА	(День-місяць-рік)	ЧАС	(ГОД-ХВ)
Первинна госпіталізація			
ДАТА	(День-місяць-рік)	ЧАС	(ГОД-ХВ)
Інсульт стався в лікарні? (обрати потрібне)	ТАК/НІ		
Блок ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ			
Під час госпіталізації пацієнт був розміщений в інсультному блоці/ВАІТ (обрати потрібне)	ТАК/НІ	Потребу в реабілітації було оцінено фізичним реабілітологом / ерготерапевтом / логопедом протягом перших 72 год. з моменту госпіталізації (обрати потрібне)	ТАК/НІ
Блок ЛІКУВАННЯ			
Тип інсульту (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ субарахноїдальний крововилив ✓ ішемічний інсульт ✓ внутрішньомозковий крововилив 	Необхідно обрати тип ГПМК	
ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ обрано	У кожному підпункті необхідно обрати з запропонованих варіантів або за списку, що випадає		
Рівень свідомості при поступленні (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ясна ✓ оглушення-сопор ✓ кома ✓ невідомо 		
Оцінка за NIHSS (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не проводилась ✓ проводилась ✓ невідомо 	Сума балів	<i>Вписати суму балів</i>
КТ/МРТ голови (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не проводилась ✓ проводилась 	Часові межі (обрати потрібне)	✓ протягом 1 год. після госпіталізації

	✓ невідомо		✓ пізніше 1 год. після госпіталізації
Реканалізаційні втручання (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не проводилося ✓ Внутрішньовенний тромболізис ✓ Внутрішньовенний тромболізис + ендovasкулярне втручання ✓ тільки ендovasкулярне втручання 		
ВНУТРІШНЬОВЕННИЙ ТРОМБОЛІЗИС (обрано)	У разі якщо обрано « внутрішньовенний тромболізис » необхідно заповнити додаткові графи (виділено зеленим маркером)		
	Від дверей до голки (обрано із списку)	Час «від дверей до голки»	ХВИЛИН
або	Час введення болюсу альтеплазе (обрано із списку)	Час госпіталізації	(ГОД-ХВ)
		Час введення болюсу альтеплазе	(ГОД-ХВ)
ВНУТРІШНЬОВЕННИЙ ТРОМБОЛІЗИС+ ЕНДОВОАСКУЛЯРНЕ ВТРУЧАННЯ (обрано)	У разі якщо обрано « внутрішньовенний тромболізис+ ендovasкулярне втручання » необхідно заповнити додаткові графи (виділено помаранчевим маркером)		
	Від дверей до голки (обрано із списку)	Час «від дверей до голки»	ХВИЛИН
		Час від дверей до пункції стегнової артерії	ХВИЛИН
	Час введення болюсу альтеплазе (обрано із списку)		
Час госпіталізації	(ГОД-ХВ)	Час введення болюсу альтеплазе	(ГОД-ХВ)
Час пункції стегнової артерії	(ГОД-ХВ)		
тільки ЕНДОВОАСКУЛЯРНЕ ВТРУЧАННЯ (обрано)	У разі якщо обрано « тільки ендovasкулярне втручання » необхідно заповнити додаткові графи (виділено фіолетовим маркером)		
		Час пункції стегнової артерії	(ГОД-ХВ)
		Час від дверей до пункції стегнової артерії	ХВИЛИН
Скринінг щодо дисфагії (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не проводився ✓ проводився 	Часові межі (обрати потрібне)	✓ Протягом перших 24 год. після

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ невідомо 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ госпіталізації ✓ Пізніше 24 год. з моменту госпіталізації
Фібриляція / тріпотіння передсердь (обрати із списку)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ було діагностовано <u>раніше</u> (до теперішньої госпіталізації) ✓ скринінг ✓ скринінг не проводився 	Якщо обрано «СКРИНІНГ» необхідно заповнити додаткові графи (виділено червоним маркером)	
Тривалий (холтерівський) моніторинг серцевого ритму (обрати із списку)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 24 год. ✓ понад 24 год. 	ФП виявлено?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Так ✓ Ні ✓ Невідомо
Візуалізацію сонних артерій проведено протягом 7 календарних днів з моменту госпіталізації (обрати із списку)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Проводилася ✓ Не проводилася 	Виконано гемікранієктомію?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Так ✓ Ні ✓ Невідомо
Внутрішньомозковий крововилив обрано	У кожному підпункті необхідно обрати з запропонованих варіантів або за списку, що випадає		
Рівень свідомості при поступленні (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ясна ✓ оглушення-сопор ✓ кома ✓ невідомо 		
Оцінка за NIHSS (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не проводилась ✓ проводилась ✓ невідомо 	Сума балів	<i>Вписати суму балів</i>
КТ/МРТ голови (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не проводилась ✓ проводилась ✓ невідомо 	Часові межі (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ протягом 1 год. після госпіталізації ✓ пізніше 1 год. після госпіталізації
Скринінг щодо дисфагії (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ не проводилась ✓ проводилась ✓ невідомо 	Часові межі (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Протягом перших 24 год. після госпіталізації ✓ Пізніше 24 год. з

			моменту госпіталізації
Хірургічне видалення гематоми (обрати потрібне)	ТАК/НІ		
Субарахноїдальний крововилив обрано	У кожному підпункті необхідно обрати з запропонованих варіантів або за списку, що випадає		
Блок ВИПИСКА			
Який антитромботичний засіб був призначений при виписці? (обрати із списку)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ антиагрегант ✓ АВК ✓ дабігатран ✓ ривароксабан ✓ апіксабан ✓ інший пероральний антикоагулянт ✓ жоден 	При виписці призначений статин?	ТАК/НІ
На момент виписки з лікарні пацієнту були призначені антигіпертензивні засоби? (обрати потрібне)	ТАК/НІ	Якщо пацієнт палить чи було йому запропоновано кинути палити? (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ТАК ✓ НІ
Виявлений симптомний стеноз >70%? (обрати потрібне)	ТАК/НІ	У разі обраної відповіді ТАК , необхідно відповісти на додаткові графи	
		Каротидну ендартеректомію або ангіопластику/стентування зроблено протягом перших двох тижнів від початку захворювання	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Так ✓ Ні ✓ Ні, але заплановано пізніше
Пацієнт на момент виписки міг пройти 10 м без сторонньої допомоги? (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ТАК ✓ НІ 		
Дата виписки	(ДЕНЬ-МІСЯЦЬ-РІК)	Куди був виписаний пацієнт? (обрати потрібне)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Додому ✓ до реабілітаційного відділення

			<ul style="list-style-type: none">✓ до закладу тривалого догляду/будинку престарілих✓ до іншої лікарні✓ пацієнт помер
--	--	--	---

Дата заповнення форми _____

ПІБ заповнючого форму _____