表 1 基线病例报告表 * 为必填项

1 基:	本信息	
1.01	门诊号或住院号 *	
1.02	姓名*	
1.03	性别*	□男□女
1.04	民族	族
1.05	出生日期*	//(年/月/日)
1.06	联系电话*	
		(尽量填写三个联系电话)
1.07	费用类型*	□公费医疗 □城镇职工医疗保险 □城镇居民医疗保险
		□农村合作医疗 □ 自费 □其他
1.08	教育程度	□ 小学及以下 □ 中学 □ 大学 □ 研究生及以上
1.09	入选时间*	/年/月/日)
1.10	是否签署知情同意	□ 是 □ 否
	书*	
2 —	般情况	
2.01	就诊形式*	口 住院
2. 01. 01		口 因 AF 急诊住院
		口 因其他心血管疾病急诊住院
		口 因非心血管疾病(如肺炎)急诊住院
		口 择期住院治疗 AF
		口 择期住院治疗心血管疾病
		口 择期住院治疗非心血管疾病
		口 门诊
		口 因 AF 就诊
		口 因其他心血管疾病就诊
		口 因非心血管疾病(如肺炎)就诊
		口 急诊
		口 因 AF 就诊
		口 因其他心血管疾病就诊
		口 因非心血管疾病(如肺炎)就诊

2.02	AF 发作的类型*	口 首次诊断的 AF (指第一次被确诊为 AF)
2. 02. 01		就诊时心律 口 AF 口 窦性心律
2. 02. 02	(+&)	
2. 02. 03		
2. 02. 00		 ロ 阵发性 AF
		第一次心电图诊断 AF 的时间
		ロ NA (若时间不详选择 NA)
		H W (4H)PJ-1-PEJ+W)
		 ロ 持续性 AF
		第一次心电图诊断 AF 的时间
		ロ NA (若时间不详选择 NA)
		最初诊断 AF 时是 口 阵发性 口持续性
		取例诊例 AT 的是 口 件及任 口 符 任
		性 (如1年)
		口 NA (若时间不详选择 NA)
		日 101 (石町川川) (大地洋 101)
2.03	 房颤分类	 口非瓣膜性房颤
		 注: 瓣膜性房颤通常是指与风湿性心脏瓣膜病(主要是二尖瓣狭窄)
		或瓣膜置换手术相关的房颤
3 临.	 床症状	
3. 01	AF 症状分级*	口 EHRA I: 无任何症状
		口 EHRA II: 症状轻微,日常活动不受影响
		口 EHRA III:症状严重,日常活动受到影响
		口 EHRA IV: 致残性症状,无法从事日常活动
		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
3. 02	有无心功能不全的	口有 口无 (单选,如否跳至4)
	症状*	
		~ 小功能 NYHA 分级(单选)
		— ▶ □ Ⅰ级
		□ II级
		□■□Ⅲ级
		□ IV级
4 体:	 格检查	
4.01	心率 *	次/分
4. 02	血压*	/mmHg
4. 03	身高*	CM
4. 04	体重*	KG

4.05	キエム 立体 な。	口 左 口工 (加不吸不 5 01)
4.00	有无心衰体征*	口 有 口 无 (如否跳至 5.01)
4. 05. 01		有以下哪些体征
4. 05. 02		1
4. 05. 02		
		→ 口 颈静脉充盈
4. 05. 04		→→口肝颈反射阳性
4. 05. 05		│
4. 05. 06		
4. 05. 07		
4. 05. 08		
4. 05. 09		→ 口 心动过速
4. 05. 10		
	验室检查 (最近一 	次结果,如无确切数值请填写 NA)
5. 01	血红蛋白*	1 年内是否查过
		口是口否
5. 01. 01	-	最近一次结果
0.01.01		▶ g/L
		150
5. 02	肝功能*	1 年内是否查过
		口是口否
5. 02. 01		最近一次结果 → AST U/L
5. 02. 02		→ ALT U/L
5. 02. 03		→ 总胆红素µ mol/L
5. 02. 04		→ 白蛋白g/L
5. 03	肾功能*	1 年内是否查过
		口是口否
		最近一次结果
5. 03. 01		
5. 03. 02		→血清肌酐水平µ mol/L 或mg/dL
5. 03. 03		→ 尿素氮mg/dl 或mmol/L
		→ 尿酸mg/dl 或µmol/L
5. 04	空腹血糖*	1 年内是否查过
		口是口否
		最近一次结果
		mmol/L
5. 04. 01	 糖化血红蛋白	1 年内是否查过
3.01.01	MIOTATA	
		₩Д 久归未

	fn □F	1.左中日不太\
5.05	血脂*	1 年内是否查过
		口是口否
	-	最 近甘油三酯mmo1/L
		次总胆固醇mmol/L
		结低密度脂蛋白胆 <mark>固</mark> 醇mmo1/L
5. 05. 01		高密度脂蛋白胆固醇mmol/L
5. 05. 02		
5. 05. 03		
5. 05. 04		
5. 06	」 甲状腺功能*	诊断 AF 后是否 查
	1 10 (136-25)	
		(单选)
5. 06. 01		
5. 06. 01		
3. 00. 02		口甲亢 是否药物有关 口 是 口 否 口不详
		口甲减 是否药物有关 口 是 口 否 口不详
		口其他(如低 T3 综合征等)
	-	1
5. 07	BNP 或 NT-proBNP	1年内是否查过
		口是「口否
		最近
5. 07. 01		_坎 □ RNP ng/ml 式 □ NT-nroRNP ng/ml
5.07.01		一次 口 BNPpg/mL 或 口 NT-proBNPpg/mL
	九 图	一次 口 BNPpg/mL 或 口 NT-proBNPpg/mL 结果
6 超声心z		结果
	近两年内是否查	
6 超声心z 6.01	近两年内是否查过*	结果 口是 口否(如查过请登记最近一次,如否跳至 7)
6 超声心室 6.01 6.02	近两年内是否查 过* 左房前后径	结果
6 超声心室 6.01 6.02 6.03	近两年内是否查 过* 左房前后径 左室舒张末内径	结果 口是 口否(如查过请登记最近一次,如否跳至 7)
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04	近两年内是否查 过* 左房前后径	1
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05	近两年内是否查 过* 左房前后径 左室舒张末内径	结果 ロ 是 ロ 否 (如查过请登记最近一次,如否跳至 7) mm mm
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04	近两年内是否查 过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径	5年 ロ 否 (如査过请登记最近一次,如否跳至 7) mm mm mm mm
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05	近两年内是否查 过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径	5 日 日 日 百 (如査过请登记最近一次,如否跳至 7)
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01	近两年内是否查 过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度	5 日 日 日 百 (如査过请登记最近一次,如否跳至 7)
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室够缩末内径 左室壁厚度 左室 射 血 分 数 (EF)	结果 口 是 口 否 (如查过请登记最近一次,如否跳至 7)
6 超声心室 6. 01 6. 02 6. 03 6. 04 6. 05 6. 05. 01 6. 06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室 射 血 分 数(EF) 左室舒张功能	结果 口 是 口 否 (如查过请登记最近一次,如否跳至 7) nm nm nm 舒张末期左室间隔厚度 mm 后壁厚度 mm % 口 正常
6 超声心室 6. 01 6. 02 6. 03 6. 04 6. 05 6. 05. 01 6. 06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室够缩末内径 左室壁厚度 左室 射 血 分 数 (EF)	1 2 口 否 (如查过请登记最近一次,如否跳至 7)
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01 6.06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室射血分数(EF) 左室舒张功能 (单选)	结果 口 是 口 否 (如查过请登记最近一次,如否跳至 7) nm nm nm 舒张末期左室间隔厚度 mm 后壁厚度 mm % 口 正常 口 未测得
6 超声心室 6. 01 6. 02 6. 03 6. 04 6. 05 6. 05. 01 6. 06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室 射 血 分 数(EF) 左室舒张功能	1 2 口 否 (如查过请登记最近一次,如否跳至 7)
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01 6.06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室射血分数(EF) 左室舒张功能 (单选)	
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01 6.06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室射血分数(EF) 左室舒张功能 (单选)	结果 口 是 口 否 (如查过请登记最近一次,如否跳至 7) nm nm nm 舒张末期左室间隔厚度 mm 后壁厚度 mm % 口 正常 口 未测得
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01 6.06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室射血分数(EF) 左室舒张功能 (单选)	
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01 6.06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室射血分数(EF) 左室舒张功能 (单选)	
6 超声心室 6.01 6.02 6.03 6.04 6.05 6.05.01 6.06	近两年内是否查过* 左房前后径 左室舒张末内径 左室收缩末内径 左室壁厚度 左室射血分数(EF) 左室舒张功能 (单选)	

口 左室口 右室

版本号: 1.1

6.09	二尖瓣反流(单	口 无
	选)	口 轻度
		口 轻到中度
		口 中度
		口 中度到重度
		口 重度
6. 10	其他瓣膜问题(多	口 主动脉瓣狭窄
	选)	口 主动脉瓣关闭不全
		口 二尖瓣狭窄
		口 三尖瓣狭窄
		口 三尖瓣关闭不全
7 生活		
以下问题		影响鬼字的开迁氏昙
以下凹起		沙啊芯有 <u>的生</u> 冶灰重 ————————————————————————————————————
'	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	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
		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		
	最合适于描述您的情景	
7. 01	心悸:心脏乱跳、	$\Box \ 1 \ \Box \ 2 \ \Box \ 3 \ \Box \ 4 \ \Box \ 5 \ \Box \ 6 \ \Box \ 7$
	漏跳或急剧跳动	
7. 02	心跳不规则	$\Box \ 1 \ \Box \ 2 \ \Box \ 3 \ \Box \ 4 \ \Box \ 5 \ \Box \ 6 \ \Box \ 7$
7. 03	心脏活动暂停片刻	
7. 04	头昏或头晕	
1 '		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
		度限制 5. 相当限制 6. 非常限制 7. 极度限制
	最合适于描述您的情景	
7. 05	进行娱乐性消遣、	
	体育运动和爱好的	
7.00	能力	
7.06	结交亲密关系、以	
	及与家人或朋友一	
	起活动的能力	
<u>+ 1 7-1 - </u>	->71+7/ \J. I. 4 A.	
		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
		一点困难 4. 有些困难 5. 相当困难 6. 很多困难 7. 极度困难
	最合适于描述您的情景	
7. 07	进行任何活动,因	
	为您感觉劳累、疲	
	惫或精力不足	

版本号: 1.1

7. 08	进行体力活动,由于呼吸困难	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
7. 09	 锻炼	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
7. 10	急速行走	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
7. 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	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
7. 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	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
在1到7		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		
	2. 几乎没有困扰 3. 有- :最合适于描述您的情题	-点困扰 4. 中度困扰 5. 相当困扰 6. 非常困扰 7 极度困扰 景的一个数字)		
7. 13	对您的心房颤动可 能随时发生而感到 担心或焦虑	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
7. 14	对您的心房颤动在 长远上可能使其他 健康问题恶化而感 到担心	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
全没有困	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)			
7. 15	担心药物的治疗副作用	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		
7. 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	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7		

7. 17	用, 刷牙	抗凝药的副作比如流鼻血、时牙龈出血、5处大量出血或	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7
7. 18		动而担心或感	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7
些满意 4	1. 满意		,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 5. 有些不满意 6. 非常不满意 7. 极度不满意 景的一个数字)
7. 19		前的治疗对您 :颤动的控制如	口 1 口 2 口 3 口 4 口 5 口 6 口 7
7. 20		缓解您的心房 症状的程度?	
8 既	往 AF	治疗情况	
8. 01		是否曾应用抗	口 是 (如是, 填写具体内容) 口 否 (如否跳至 9.02)
		心律失常药物	★
8. 01. 01.	01	*	曾用下列哪种(多选)
8. 01. 01.			 口 莫雷西嗪
0.01.01.			C
8. 01. 02.	01		ZERIN CON E
8. 01. 02.	02		口 心律平
			是否停用 口 是 口 否
8. 01. 03.			
8. 01. 03.			口胺碘酮
8. 01. 03.			是否停用 口 是 口 否
8. 01. 03.	04		
			停用原因 ロ 医嘱停ロ 出现副作用停药 具体ロ 无效ロ 自行停
8. 01. 04.	01		
8. 01. 04.	02		口 索他洛尔
8. 01. 05.	01		是否停用 口 是 口 否
			口 其它

8. 02		
	 是否曾应用控	 口 是 (如是,填写具体内容) 口 否 (如否跳至 9.03)
	制心室率药物	→
	- *	曾用下列哪种(多选)
8. 02. 01. 01		
8. 02. 01. 02		口 β 阻滞剂
0.00.00.01		是否停用 口 是 口 否
8. 02. 02. 01		
8. 02. 02. 02		口 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)
		1941
8. 02. 03. 01		
8. 02. 03. 02		口 地高辛
		是否停用 口 是 口 否
	-	
8. 02. 04. 01		
		口 其它
8. 03	 是否曾应用抗	口 是 (如是,填写具体内容) 口 否 (如否跳至 9.04)
0.00	栓药物(此处	
8. 03. 01. 01	特指因房颤卒	▼ 曾用下列哪种(可多选)
8. 03. 01. 02	中预防而应用	口 华法林
8. 03. 01. 03	的抗栓药物)*	是否停用 口 是 口 否
		维持剂量是mg/d(如患者每
		大服用华法林剂量不同,请计算每天 ————————————————————————————————————
		→ 的平均剂量)
		停用原因 口 发生出血
		口 发生山血 口 发生出血以外的其他副作用
		口监测困难
		口 其他原因
8. 03. 02. 01		口 阿司匹林
8. 03. 02. 02		是否停用 口 是 口 否
8. 03. 02. 03		
		→
		→ 剂量mg/d 停用原因
		一
		口 其他原因

0.00.00.01		口与心护毒		
8. 03. 03. 01 8. 03. 03. 01		口 氯吡格雷		
8. 03. 03. 02		是否停用 口 是 口 否		
8. 03. 03. 03				
0.00.00.00		剂量mg/d		
		→		
		停用原因		
		口 发生出血		
		口 发生出血以外的其他副作用		
		口 其他原因		
0.00.04.01		口新型抗凝药物		
8. 03. 04. 01		具体药物:口利伐沙班		
8. 03. 04. 02		口达比加群		
8. 03. 04. 03		口阿哌沙班		
		口其它		
		H 夬 L		
		是否停用口 是 口 否		
		, ± ± 1 = /1		
		▼ 剂量mg/d		
		停用原因		
		口发生出血		
		口 发生出血以外的其他副作用		
		口 费用昂贵		
		口 其他原因		
	,			
8.04	是否曾经胸电	口 是 口 否 (如否跳至 9.05)		
	复律*	 		
8. 04. 01		最近 1 次,时间年月,(如 2009 年 5 月)		
		口 NA (若时间不详选择 NA) 是否成功 口 是 口否		
		注: 电复律成功是指窦性心律维持大于1小时。		
	ı			

·		
8. 05	是否有 AF 的 消融史*	口 是 口否 (如否跳至 10.01) ————————————————————————————————————
8. 05. 01	7131022	第 1 次, 时间年月, (如 2009 年 5 月)
		口 NA (若时间不详选择 NA)
		是否成功 口 是 口否 口 不确定
8. 05. 02		第 2 次, 时间年月, (如 2009 年 5 月)
		第 2 次,
8. 05. 03		是否成功 口 是 口否 口 不确定
		第 3 次, 时间年月, (如 2009 年 5 月)
		口 NA(若时间不详选择 NA)
		是否成功 口 是 口否 口 不确定
		注:导管消融成功是指:导管消融 3 月后无 AF 或 AFL 复发。
		导管消融 3 个月以内不做评价,消融成功与否填不确定。
9 栓塞病	史	
9.01	缺血性脑卒中	口 有 口 无 (如否转至 10.03)
	病史*	□ 10 (MILX ± 10: 00)
		•
9. 01. 01		最近 1 次,时间年月,(如 2009 年 5 月)
		口 NA (若时间不详选择 NA)
		是否经CT或MRI证实 口 是 口 否
9.02	缺血性脑卒中	口 完全或接近完全恢复(能达到卒中前的功能状态)
	后功能障碍	
0.00.01		口 轻到中度功能障碍(有功能障碍,但患者能基本独立进行日常
9. 02. 01		活动,如穿衣和进食)
		口 严重功能障碍 (日常活动不能自理)
	1-1-11-511-1	注:功能障碍在缺血性脑卒中半年后评价,半年内不做评价。
9.03	短暂性脑缺血 发作 (TIA) 史	口有口无
	久作 (IIA) 丈 *	
9. 03. 01		最近 1 次,时间年(如 2009 年)
9.04	 外周动脉血栓	口 有 口 无
	栓塞病史*	· · •
9. 04. 01		
		最近1次,时间年(如 2009 年 5 月)
9. 04. 01. 01		口 NA (芸时间不详选择 NA)

9. 05. 01 9. 05. 01. 01	史	◆ 是否因此接受华法林抗凝治疗: 口 是 口 否 ——————————————————————————————————
		\downarrow
9.06		是否停用: 口 是 口 否
	肺栓塞病史	
9. 06. 01		是否因此接受华法林抗凝治疗: 口 是 口 否
9. 06. 01. 01		是否停用: □ 是 □ 否
 10 出血病史	1	
į.	颅内出血病 史*	口 有 口 无 (如否转至 11.03)
10. 01. 01 10. 01. 01. 01	X ."	↓ 最近 1 次,时间年月,(如 2009 年 5 月) □ NA(若时间不详选择 NA)
		是否经CT或MRI证实 口是口否
	颅 内 出 血 的 功能障碍	口 完全或接近完全恢复(能达到卒中前的功能状态)口 轻到中度功能障碍(有功能障碍,但患者能基本独立进行日常活动,如穿衣和进食)口 严重功能障碍(日常活动不能自理)
10. 03 10. 03. 01	其他出血史*	注: 功能障碍在缺血性脑卒中半年后评价,半年内不做评价。 口 有 口 无 (多选) 口 大出 血 (至 少需 要输 2 个
		单位 全血 或红 Ψ 胞,
10. 03. 02		住院 或手 术, 造成 永久

10.03.03 如腹膜后、心包、椎管内等)		血,
		口 有明显临床症状(除外大出血) 口 隐匿性(如大便潜血阳性)
11 其他疾病病史		
11.01 高血压病史*	口有	口 无
11.01.01		
	确诊时间_	年(如 2009 年)
	Γ	□ NA(若时间不详选择 NA)

11.02	糖尿病史*	口有 口无			
		★			
		确诊时间年(如 2009年)			
	-	口 NA (若时间不详选择 NA)			
11.02.01		, and the same of			
11. 02. 02					
11. 02. 03					
11. 02. 04		口 未治疗			
11. 02. 04		口、饮食			
11.02.05		口 口服药物治疗			
		口 胰岛素治疗			
		口 不详			
11.03	心衰病史*	口			
11. 03. 01					
		——确诊时间 _{———} 年(如 2 009 年)————————————————————————————————————			
		_l 口 NA (若时间不详选择 NA)			
11.04	心肌梗死病	口 青 口 无			
	史*				
11. 04. 01					
		最近 1 次,时间年(如 2009 年)			
		ן П NA (若时间不详选择 NA)			
11.05	其他确诊的				
11.00	冠心病病史*	(多选)			
11.05.01		→ 口既往 CABG→ 最近 1 次时间 年(如 2009 年)			
11. 05. 02		口 NA (若时间不详选择 NA)			
11. 05. 03					
11. 05. 04		□ NA (若时间不详选择 NA)□ B NA (若时间不详选择 NA)			
		口			
		<u> </u>			
11.06	周围动脉疾	口看口无			
	病*				
		确诊时间年(如 2009 年)			
		↓ □ NA (若时间不详选择 NA)			
11. 07	肥厚型心肌	口看口无			
	病病史*				
11. 07. 01		确诊时间年(如 2009 年)			
11. 07. 02		□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□			
		L <u>类型</u> (单选)			
		口梗阻性			
		上 口 非梗阻性			
11.08	扩张性心肌	口 青 口 无			
	病病史*				
11.08.01	I.	确诊时间 年 (如 2009 年)			

口 NA (若时间不详选择 NA)

11.09	先天性心脏	口 有 口 无				
11. 09	元 大 性 心 脏 病病史*	口 有 口 无				
11. 09. 01		★				
11. 09. 02		确诊时间年(如 2009 年)口 NA(若时间不详选择 NA)				
	7+ 42 44 25 1					
11. 10	阵发性室上	口有口无				
11. 10. 01	速病史*	# (to 0000 ft) = NA (ttp://// NA)				
11. 10. 02		确诊时间年(如 2009 年)口 NA(若时间不详选择 NA)				
11. 10. 03		诊断 是否射频消融 口是 口否				
11.11	起搏器置入	口有口无				
	史 (包 括					
11. 11. 01	ICD)*	置入时间年(如 2009 年)				
		→ 口 NA (若时间不详选择 NA)				
11. 11. 02		适应证 (单选)				
		口 病态窦房结综合征				
		口房颤伴长间歇				
		口 房室传导阻滞				
		口 室性心动过速/室颤治疗				
		口 心脏猝死的一级预防				
		口 心力衰竭再同步化治疗				
		口 其他				
11. 12	高脂血症病	口有口无				
	史*	★				
11. 12. 01		确诊时间年(如 2009 年)				
11. 12. 02		□ NA (若时间不详选择 NA)				
		血 脂控制方法(多选)				
11. 12. 03		口 未治疗				
11. 12. 04		口 饮食控制				
11. 12. 05		口 他汀类药物				
11. 12. 06		口 其他药物				
11. 13	呼吸系统疾	口有口无				
	病病史*	. ▼				
		诊断(多选)				
11. 13. 01		口 慢性阻塞 ── → 确诊时间(如 2009 年)				
11. 13. 02		性肺疾病 口 NA (若时间不详选择 NA)				
11. 13. 03		□ 睡眠呼吸暂 → 确诊时间 (如 2009 年)				
11. 13. 04		停综合症 口 NA (若时间不详选择 NA)				
11. 13. 05		口 支气管哮喘 ───▶ 确诊时间(如 2009 年)				
11. 13. 06		口 NA (若时间不详选择 NA)				
		口 肺栓塞 ───▶ 确诊时间(如 2009 年)				
		口 NA (若时间不详选择 NA)				
		口 肺结核 ── → 确诊时间(如 2009 年)				
		口 NA (若时间不详选择 NA)				
		口 其他 确诊时间 (如 2009 年)				
		口 NA (若时间不详选择 NA)				

11.14	消化性溃疡 病史*	口有口无				
11. 14. 01		→ 确诊时间年 (如 2009 年)				
11. 14. 02		□ NA (若时间不详选择 NA)				
		诊断				
11. 15	甲状腺疾病	口有 口无				
	病史∗	(单选)				
11. 15. 01		→口甲亢				
11. 15. 02	;	→ 口 甲减				
11. 15. 03		└─▶ 口 其他(如低 T3 综合征、甲状腺肿瘤等)				
	§习惯和滥用史 					
12.01	饮酒史 (单选)	口 目前饮酒: 1月内饮酒 (每次>1两白酒)				
		口 近期饮酒: 1月到1年之间饮酒(每次>1两)				
		口 既往饮酒: 至少戒酒1年以上(连续饮酒半年以上,每次				
		> 1 两)				
12.02	吸烟史(单选)	口 从不饮酒 口 目前吸烟: 1月内吸烟 (每天 > 1 支)				
12.02	吸烟丈(单远)	ローロ 日				
		口 既往吸烟: 至少戒烟1年以上(连续吸烟半年以上,每天				
		>1支)				
		口 从不吸烟				
13 心E	L 电图检查					
13.00.0	1 本次入院或就	口是口否				
	诊是否行心电	★				
13.00.0	2 图检查	窦性心律 口 是 口 否				
13.00.0	3	心率次/分				
13.00.0	4	P-R 间期ms(如为 AF 律,则选择 NA)				
13.00.0		QRS 时限ms				
13.00.0		QT 间期ms				
13.00.0		QTc 间期ms				
	會消融治疗情况					
14. 01. 01	1 71 330 37 70 11	口 是 口 否 (如否,转至 16)				
14 01 00	因 AF 接受了导	▼ 1. (7. (7. (7. 7. (. 7. (7. 7. (. 7. . . 7. 				
14. 01. 02 14. 02	H 11313-1	手术日期(年/月/日)				
14.02	消融策略(单 选)	口 环肺静脉消融 口 环肺静脉消融+线性消融				
) (LE)	口 环肺静脉消融+线性消融+CFAE				
		口 环肺静脉消融+ CFAE				
		——————————————————————————————————————				
14. 03. 01	消融结果(多	口 肺静脉电隔离 口 是 口 否				
14. 03. 02	14.03.02 选) 口 顶部线传导阻滞 口 是 口 否 口 未消					
14. 03. 03	4.03.03 口 二尖瓣峡部传导阻滞 口 是 口 否 口 未消融					
14. 03. 04						
14. 03. 05		口 上腔静脉电隔离 口 是 口 否 口 未消融 口 未评价				

版本号: 1.1

14. 04. 01 14. 04. 02	手术结束时诱 发	口 是 口 否 —→口阴性 ——→口阳性
14. 05	手术时间(从房 间隔穿刺到手 术结束)	分钟
14.06	总透视时间	
14. 07	总放电时间	分钟
14. 08	总盐水灌注量	ML
14. 09. 01 14. 09. 02	手术结束时窦 性心律	□ 是 □ □ 百 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
14. 10. 01 14. 10. 02 14. 10. 03 14. 10. 04 14. 10. 05 14. 10. 06 14. 10. 07 14. 10. 08 14. 10. 09	手术并发症	 □ 有 □ (多选) □ □ 血栓栓塞并发症 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
14. 10. 11		 ▶ 口急诊外科手术 ▶ 口内科保守治疗 转归: ▶ 口 痊愈 ▶ 口 基本恢复正常 ▶ 口 致残、致畸或遗留功能障碍 ▶ 口 死亡

15 目前药物治疗	 ^፻ 情况	
15. 01	抗心律失常药物*	口 是 口 否 如为否跳至 16.02
15. 01. 01 15. 01. 01. 01		▼ 应用下列哪几种(多选) □ 莫雷西嗪 服用剂量 mg/d
15. 01. 02 15. 01. 02. 01		口 心律平 服用剂量 mg/d
15. 01. 03 15. 01. 03. 01		口 胺碘酮 服用剂量mg/d
15. 01. 04 15. 01. 04. 01		口 索他洛尔 服用剂量 mg/d
15. 01. 05 15. 01. 05. 01		口 其他 服用剂量 mg/d
15. 02	控制心室 率药物*	口 是 口 否 如为否跳至 16.03
15. 02. 01 15. 02. 02 15. 02. 03 15. 02. 04		▼ 应用下列哪种(多选) □ β 阻滞剂 □ 钙离子拮抗剂 □ 地高辛 □ 其他

15. 03	华法林应	口是口否
	用*	↓
		原因是 口 预期卒中风险低
		(单选) 口 出血风险高
		口禁忌症
		口无法监测
		口 患者拒绝 ロ 其他原因
		口 英厄尔凶
		★
15. 03. 01		是否是新处方的 口 是
15. 03. 02		起始剂量是mg/d
		口 否 上次 INR 检查的时间(年月/日)
		口 NA (若时间不详选择 NA)
		上次 INR 的值
		↓
		此次就诊是否开了 INR 检查
		口是 口否 I
		тик <u>н</u>
15. 04	新型抗凝	口是口否
	药*	↓
		具体药物:
		口利伐沙班
		口达比加群 口阿哌沙班
		口其他
		剂量: mg/d
15. 05	阿司匹林	口是口否
	*	<u> </u>
15.00		剂量: mg/d
15. 06	□ 氯吡格雷 □ *	口是口否
	<u> </u>	
15. 07	ACEI*	口是 口否
		T T
		具体药物
		剂量mg/d

版本号: 1.1

15. 08	ARB*	口是 → ▼ 具体药物	口否	
		剂量	mg/d	
15. 09	他汀*	口是 ▼ 具体药物	口 否	
		剂量	mg/d	
16 血样采集				
16. 01	患者是否已 留取血液样 本并妥善保 存*	口是	口否	