

## SCHEDA SOSPETTO SCOMPENSO CARDIACO

### SEDE

MMG

PRONTO SOCCORSO

AMBULATORIO SCOMPENSO

HSF

SPECIALISTICA AMBULATORIALE / TERRITORIALE

REPARTI OSPEDALIERI

### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

COGNOME:

NOME:

CF:

CODICE ESENZIONE:

DATA DI NASCITA:

RESIDENZA:

TELEFONO:

EMAIL:

### ANAMNESI PATOLOGICA (se $\geq 2$ score (+1))

Diabete mellito	SI	NO
Ipertensione arteriosa	SI	NO
Ipercolesterolemia	SI	NO
Obesità	SI	NO
Tabagismo	SI	NO
Storia di cardiopatia/aritmia/infarto	SI	NO
Trattamento chemioterapico pregresso	SI	NO
e/o in corso		

## TERAPIA FARMACOLOGICA

ACEi/sartano

Antiaggregante

Antialdosteronico

Antiaritmici

B-bloccante

Calcio antagonisti

DOAC/Coumadin

Furosemide

SGLT2

Statina

## VALUTAZIONE ATTUALE

PESO:

ALTEZZA:

BMI:

## PARAMETRI VITALI (se $\geq 2$ parametri (+ 2))

PA:

(PA sistolica < 100 o PAS >200)

SpO<sub>2</sub>:

(Sat < 93%)

FC:

(> 100 bpm)

Frequenza respiratoria:

(RR > 25/min)

Incremento del peso:

## SETTING SOCIALE/FAMILIARE

Vive in famiglia/capace di spostarsi

SI

NO

Vive solo/impossibilità a spostarsi

SI

NO

Autonomo nelle attività di vita quotidiana

SI

NO

Firma infermiere:

## VALUTAZIONE ATTUALE: SINTOMI

Dispnea:	a riposo	
	da sforzo <sub>(+1)</sub>	
	ortopnea <sub>(+2)</sub>	
	parossistica notturna <sub>(+1)</sub>	
Dolore toracico	SI	NO
Cardiopulmo	SI	NO
Astenia/affaticabilità/ ridotta tolleranza all'esercizio	SI	NO

## VALUTAZIONE ATTUALE: SEGNI

Crepitazioni polmonari	SI <sub>(+1)</sub>	NO
Edemi declivi	SI <sub>(+1)</sub>	NO
Tachipnea	SI <sub>(+1)</sub>	NO
Soffi cardiaci	SI <sub>(+1)</sub>	NO

PUNTEGGIO TOTALE /13

**SCOMPENSO CARDIACO CONFERMATO** (sospetto di SC confermato se punteggio  $\geq 5/13$ )

Data arruolamento

Firma medico: