



Centro N°		
Medio de transporte a la institución:	Propio: <input type="checkbox"/>	Ambulancia: <input type="checkbox"/>

Historia Clínica N°		Fecha ingreso __/__/__ (dd/mm/aa)	
Fecha de nacimiento:	__/__/__ (dd/mm/aa)	Edad a la admisión:	
Sexo:	Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	
Cobertura:	Pública <input type="checkbox"/>	Obra social <input type="checkbox"/>	Prepaga <input type="checkbox"/>
	Privada <input type="checkbox"/>	PAMI <input type="checkbox"/>	Fuerzas de Seguridad: <input type="checkbox"/>

Factores de riesgo coronario	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Antecedentes CV y/o comorbilidades:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad coronaria previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquista durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FA/AA previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento dialítico actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ACV previo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen Físico			
Tensión arterial:	Sistólica: __ __ mmHg	Diastólica: __ __ mmHg	FC: __ lat/min
Peso: (Kg)	Altura: (cm)	IMC:	
Clasificación de Killip y Kimball (KK)	<input type="checkbox"/> KK I (sin signos de insuficiencia cardíaca) <input type="checkbox"/> KK II (rales crepitantes hasta tercio medio, R3, IY) <input type="checkbox"/> KK III (edema agudo de pulmón) <input type="checkbox"/> KK IV (shock cardiogénico)		
Paro cardiaco (como forma de presentación)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Momento del paro cardiaco	<input type="checkbox"/> Prehospitalario <input type="checkbox"/> Intrahospitalario		

Electrocardiograma de ingreso	
Fecha y hora: Dia: __/__/__ (dd/mm/aa) Hora: __: __ hs	<input type="checkbox"/> Pre hospitalario (ambulancia o domicilio) <input type="checkbox"/> Al ingreso hospitalario
Ritmo <input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular <input type="checkbox"/> BAV 2° y/o 3° <input type="checkbox"/> BCRD <input type="checkbox"/> BCRI <input type="checkbox"/> HBAI <input type="checkbox"/> HBPI	Localización <input type="checkbox"/> Anterior (Compromiso de V1 a V6) <input type="checkbox"/> Inferior (Compromiso de DII-DIII-aVF) <input type="checkbox"/> Lateral (Compromiso de DI y aVL o sólo V5-V6) <input type="checkbox"/> Antero lateral <input type="checkbox"/> Antero inferior <input type="checkbox"/> Infero lateral <input type="checkbox"/> Indeterminado (BCRI o no localizable)



Síntomas	Fecha: dd/mm/aa	Hora: hh:mm (24hs)
Inicio de síntomas	__/__/__	__:__
Primer contacto médico	__/__/__	__:__
El paciente fue transferido desde otro centro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ingreso a la 1° Institución (Derivante)	__/__/__	__:__
Ingreso a la Institución (Receptora)	__/__/__	__:__
Recibió tratamiento de reperfusión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tipo de terapia de reperfusión	<input type="checkbox"/> Fibrinolíticos únicamente <input type="checkbox"/> Angioplastia únicamente <input type="checkbox"/> Ambas	
Lugar de administración de fibrinolíticos	<input type="checkbox"/> En otro centro previo a la derivación <input type="checkbox"/> En el centro admitido	
Fibrinolítico utilizado	<input type="checkbox"/> Streptokinasa <input type="checkbox"/> t-PA	
Inicio de la terapia fibrinolítica	Día: __/__/__ (dd/mm/aa) Hora: __: __ hs	
Criterios de reperfusión	<input type="checkbox"/> Positivos <input type="checkbox"/> Negativos <input type="checkbox"/> Dudosos <input type="checkbox"/> No evaluados	
Cinecoronariografía en de las primeras 24 hs	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Día: __/__/__ (dd/mm/aa) Hora __: __ hs	
Arteria Responsable	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Pte Venoso <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Pte Arterial <input type="checkbox"/> Diag <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> CX <input type="checkbox"/> No puede identificarse <input type="checkbox"/> CD	
TIMI epicárdico al momento de la CCG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
¿Lesión en otros vasos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Lesión en otro vaso	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Pte Venoso <input type="checkbox"/> Diag <input type="checkbox"/> Pte Arterial <input type="checkbox"/> CX	
Angioplastia en las primeras 24 hs	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fecha y hora inflado del balón	Día: __/__/__ (dd/mm/aa) Hora: __: __ hs	
Motivo ATC	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Rescate <input type="checkbox"/> Farmacoinvasiva <input type="checkbox"/> Otro	
Vaso Tratado	<input type="checkbox"/> Responsable <input type="checkbox"/> Otro	
Se trataron distintas arterias en el mismo procedimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Más de un vaso	<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Pte Venoso <input type="checkbox"/> Diag <input type="checkbox"/> Pte Arterial <input type="checkbox"/> CX	



Resultado: Exitosa <input type="checkbox"/> Frustra <input type="checkbox"/>		
Stent: NO <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/>		
Tiempo puerta balón: ___ minutos.		
Tiempo de ventana: ___ minutos.		
Considera Ud que hubo demoras en el tratamiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Causas de demora:		
<input type="checkbox"/> Demora en la consulta por parte del paciente <input type="checkbox"/> Derivado a otro centro para ATC 1ª <input type="checkbox"/> Demora relacionada a la ambulancia <input type="checkbox"/> Paro cardíaco <input type="checkbox"/> Demora en la atención en guardia <input type="checkbox"/> Falla administrativa hospitalaria <input type="checkbox"/> Falla médica en el diagnóstico de infarto <input type="checkbox"/> ECG inicial dudoso <input type="checkbox"/> Demora del equipo de hemodinamia <input type="checkbox"/> Otra:		
Laboratorio al ingreso		
Hematocrito:	RDW (ancho de distribución de los GR, en %):	
Leucocitos:	Plaquetas:	
Glucemia:	Creatinina:	
Función ventricular por Ecocardiograma:	<input type="checkbox"/> Normal (FEy >55%) <input type="checkbox"/> Leve (FEy 45-55%) <input type="checkbox"/> Moderada (FEy 35-44%) <input type="checkbox"/> Severa (FEy <35%)	
Tratamiento Médico Instituido		
Utiliza o utilizó Aspirina en los últimos 7 días		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Antiagregantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Prasugrel <input type="checkbox"/> Ticagrelor
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Heparina no fraccionada <input type="checkbox"/> Heparina de bajo peso molecular
Betabloqueantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
IECA / ARA II	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Medicación al Alta		
Antiagregantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Prasugrel <input type="checkbox"/> Ticagrelor
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Betabloqueantes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
IECA / ARA II	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Estatinas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Antialdosterónicos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fecha de Alta: ___/___/___ (dd/mm/aa)		
Transferido a otro centro:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Evolución Intrahospitalaria	
Presentó alguno de estos eventos? (puede marcar más de uno)	<input type="checkbox"/> Reinfarto <input type="checkbox"/> APIAM <input type="checkbox"/> Shock Cardiogenico <input type="checkbox"/> Requirio Balon de contrapulsacion <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca <input type="checkbox"/> Fibrilacion auricular <input type="checkbox"/> Cardioversion electrica <input type="checkbox"/> Swan Ganz <input type="checkbox"/> Asistencia respiratoria mecanica <input type="checkbox"/> Cirugia de revascularizacion miocardica <input type="checkbox"/> ACV isquemico <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores
Complicación mecánica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cuál complicación mecánica?	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> CIV <input type="checkbox"/> RCE
¿Tuvo sangrado?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mínimo (no intracraneal o caída < de 3 g/dl de Hb): <input type="checkbox"/> Menor (no intracraneal con caída de 3 a 5 g/dl de Hb): <input type="checkbox"/> Mayor (sangrado intracraneal o caída de Hb \geq 5g/dl):
¿Presentó paro cardiaco en la evolución?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ritmo en el paro	<input type="checkbox"/> No documentado <input type="checkbox"/> Asistolia <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> TV / FV
Muerte	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Causa de Muerte	<input type="checkbox"/> Cardiaca <input type="checkbox"/> Extracardiaca <input type="checkbox"/> Desconoce