

ETIQUETA	Semana n°: _____	Que finaliza el domingo: _____ / _____ / _____	Declara: <input type="checkbox"/> Sin casos <input type="checkbox"/> Con casos <input type="checkbox"/> Ausencia de la consulta
-----------------	------------------	--	---

CASO N°	1	2	3	4	5
IDENTIFICACION DEL CASO					
Letras CIP: _____	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento (D.M.A.) _____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Sexo (V o M) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOTIVO DEL REGISTRO (varias respuestas posibles):					
Eventos hemorrágicos:					
• Epistaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gingivorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia Cutánea/muscular (equimosis, hematomas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia Conjuntival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemoptisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemartrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia Ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hematuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia digestiva alta/Hematemesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rectorragia/Melenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuevos eventos tromboembólicos:					
• ACVA isquémico/AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infarto Agudo Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros episodios tromboembólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos de la TAO (Síndrome de dedo púrpura, Necrosis cutánea hemorrágica, Alopecia, Hipersensibilidad al uso de TAO, prurito, urticaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situaciones especiales ó concomitantes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cirugía mayor ó menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Procedimientos dentales (extracciones/endodoncias...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Biopsias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Endoscopias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Caídas/traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Toma inadecuada de medicamento (errores, olvidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defunción:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ En caso afirmativo especificar causa	Caso 1 _____ Caso 2 _____ Caso 3 _____ Caso 4 _____ Caso 5 _____				
MEDIDAS APLICADAS (varias respuestas posibles):					
• Cambio en la medicación habitual (interferencias medicamentosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cambio de dosis TAO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Supresión TAO: provisional o definitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cambio de tipo de anticoagulante oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Derivación a Atención Especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Derivación a Urgencias Hospitalarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ingreso Hospitalario (debido al evento/situación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otras (especificar):	Caso 1 _____ Caso 2 _____ Caso 3 _____ Caso 4 _____ Caso 5 _____				
Último INR (el más próximo al motivo de registro)					
Observaciones					



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (MEDICINA DE FAMILIA)

Estudio clínico epidemiológico sobre la anticoagulación en Castilla y León

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO

- > Este formulario se cumplimentará y remitirá semanalmente aunque no haya habido registros esa semana.
- > Si no hay casos, se declarará "sin casos" ó "ausencia de la consulta" según corresponda.
- > Podrán recogerse varios motivos de registro y las diferentes medidas aplicadas en un mismo paciente (señalándose en la misma columna del formulario).
- > El mismo paciente puede ser registrado varias veces a lo largo del año.
- > En cada formulario se registrarán hasta 5 casos, utilizándose una nueva hoja de formulario de seguimiento si hubiera más de 5 registros en una semana.
- > Si la primera visita en 2014 está ocasionada por un "Motivo de registro" (por ejemplo un evento hemorrágico o una situación especial como una extracción dentaria), se cumplimentarán tanto el formulario base como el de seguimiento.

Se realizará un registro cuando:

- a. Un paciente sufre un evento hemorrágico.
- b. Un paciente sufre un nuevo evento tromboembólico.
- c. Un paciente presenta algún efecto adverso secundario al tratamiento anticoagulante.
- d. Se produce alguna situación especial que influya o pueda afectar al tratamiento anticoagulante, y que pueda estar relacionada o no con un evento ó con la instauración de alguna medida de control específica.
- e. Un paciente anticoagulado fallece.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID.

Telf.: 983 413600 Ext. 806358 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy1.es) y

Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy1.es) Ext. 806359.