

Farmacia _____

Código Fecha de nacimiento:/...../..... Sexo H M

1-¿Sufre de alguno de estos síntomas?

	Sí	No	Cuándo (fecha)	Sí	No	Cuándo (fecha)	
Pulso irregular	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pulso rápido	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Falta de aire	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En descanso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Con palpitaciones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Durante ejercicio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cansancio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Con palpitaciones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tobillos hinchados	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Palpitaciones con duración superior a 15 segundos					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

2-Ha tenido alguna de los siguientes problemas o tratamientos?

	Sí	No	Cuándo (fecha)	Sí	No	Cuándo (fecha)	
Infarto de miocardio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hipertensión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
AIT*(Ataque isquémico transitorio)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Alter. de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tratamiento de ablación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular / problemas de arterias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cirugía cardíaca	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Implantación de marcapasos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cardioversión eléctrica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Implantación de DAI (Desfibrilador autom. implantable)					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

3-Ha recibido usted un diagnóstico definitivo de:

	Sí	No	Desde cuando
Fibrilación auricular	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aleteo o flutter auricular	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

4-¿Su problema de ritmo cardíaco...

	Sí	No	Desde cuando
¿Ocurre como ataques?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se presenta todo el tiempo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

5-¿Está usted actualmente, o ha sido alguna vez tratado con cualquiera de estos medicamentos?

	Sí	No	Desde cuando
Amiodarona	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Apixaban	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aspirina	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Betabloqueante	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Antagonistas del Calcio (diltiazem, Verapamilo)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Clopidogrel	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Digoxina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dronedarona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dabigatran (Pradaxa)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Edoxaban (Lixiana)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Flecainide	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Propafenona	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Rivaroxaban (Xarelto)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sotalol	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Verapamil	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Varfarina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estatinas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Suplementos vitamínicos / remedios alternativos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

6-¿Ha visto a algún otro doctor para tratar este problema?

	Sí	No	Desde cuando
MF / Médico de familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico de urgencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electrofisiólogo/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermera especialista en arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-¿Ha realizado alguna de las siguientes pruebas? Si tiene algún resultado en casa, por favor llévelo al médico.

	Sí	No	Desde cuando
ECG en reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG en ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantación de monitor de ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24hr, 48hr, 7 días, 14 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eco escáner del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis de función tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros test sanguíneos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8-Tiene una copia de su ECG? Si la tiene, por favor llévela al medico

	Sí	No	Desde cuando
Cuando el ritmo es normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando hay anomalía en el ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>