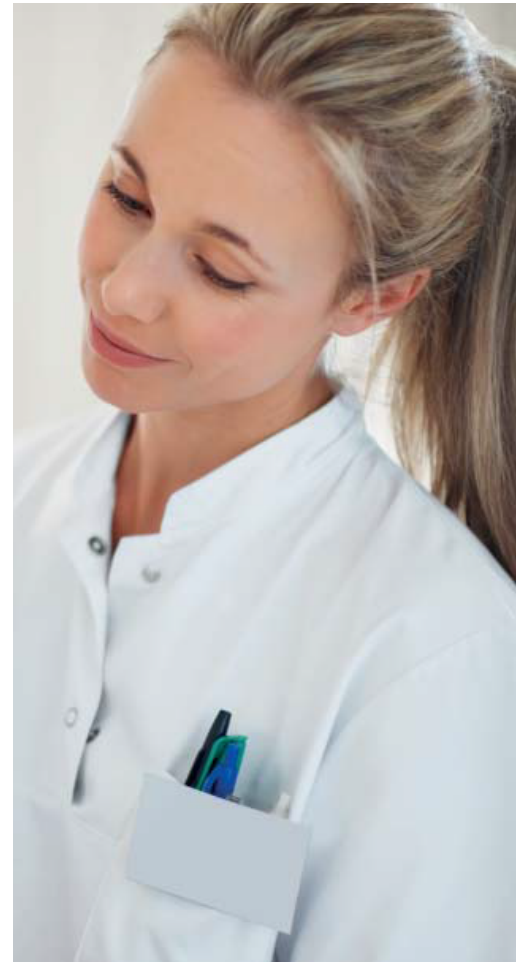




AF Association

www.afa-international.org

Fibrilación Auricular Hoja de evaluación



Trabajando en equipo para proporcionar información,
apoyo y acceso a tratamientos bien establecidos,
nuevos e innovadores para la fibrilación auricular

www.afa-international.org

Registered Charity No. 1122442

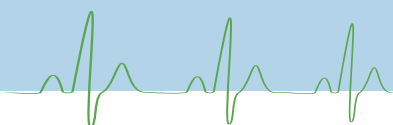
Fibrilación Auricular Hoja de evaluación

Esta hoja de verificación fue realizada para recoger y transmitir a su médico información que él pueda usar para seleccionar el mejor tratamiento para usted en caso de que se le diagnostique fibrilación auricular o alguna otra alteración del ritmo cardíaco.

La fibrilación auricular y el aleteo auricular son alteraciones comunes del ritmo cardíaco que pueden llevar a complicaciones como fallo cardíaco (latidos lentos del corazón) y a veces ataque al corazón. Los síntomas incluyen palpitaciones, disnea, dolor de pecho y cansancio.

Hay muchos e importantes tipos de tratamientos para la fibrilación auricular y el aleteo auricular, que son muy efectivos, previniendo los síntomas y complicaciones de esta condición. El acierto a la hora de elegir el tratamiento adecuado depende en parte de información precisa proveniente del paciente.

Este formulario se ha realizado para ayudar a proporcionar esta información tan importante a su doctor. Sería muy útil completar este formulario antes de visitar a su doctor. No se preocupe si hay algún término técnico que usted no entienda- simplemente ponga un signo de interrogación.



Su nombre

Fecha de nacimiento: / /

Género

Hombre

Mujer

¿Sufre de alguno de estos síntomas?

Si No

Cuándo (fecha)

Palpitaciones con duración superior a 15 segundos

Irregular

Rápido

Falta de aire

En descanso

Con palpitaciones

Cuando hace ejercicio

Dolor en el pecho

En descanso

Con palpitaciones

Cuando hace ejercicio

Cansancio

Tobillos hinchados

Ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas o procedimientos?

Si No

Cuándo (fecha)

Ataque al corazón

Tensión elevada en sangre

Fallo cardíaco

Alteraciones de la Tiroides

Diabetes

Ataque o AIT* (ataque isquémico transitorio)

Cirugía cardíaca

Cardioversión eléctrica

Tratamiento de ablación

Implantación de marcapasos

Implantación de ICD

Enfermedad vascular/problemas de arterias

Ha recibido usted un diagnóstico definitivo de:

Si No

Desde cuando

¿Fibrilación auricular?

¿Aleteo auricular?

¿Su problema de ritmo cardíaco...

Si No

Desde cuando

ocurre como ataques?

se presenta todo el tiempo?

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

Desde Cuando

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Amiodarona | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Apixabano (Eliquis) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Aspirina | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Beta bloqueante* | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Limitadores de la velocidad antagonistas de calcio* (diltiazem, verapamilo) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Candesartan | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Clopidogrel | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Dabigatran (Pradaxa) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Digoxina | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Dronedarona | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Edoxabano (Lixiana) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Flecainide | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Propafenona | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Rivaroxabano (Xarelto) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Sotalol | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Estatinas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Verapamilo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Varfarina | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Suplementos vitamínicos / remedios alternativos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

¿Ha visto a algún otro doctor para tratar su condición?

Cuando (fecha)

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| MF / Médico de familia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Doctor casual / departamento A&E | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Doctor del hospital | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Cardiólogo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Doctor del ritmo cardíaco (electrofisiólogo) / enfermera especialista en arritmia | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

¿Ha realizado alguna de las siguientes pruebas? Si tiene algún resultado en casa, por favor tráigalo a la clínica

Cuando (fecha)

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| ECG en reposo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| ECG en ejercicio | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| monitorización del Evento | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Implantación de monitor de ECG | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 24hr, 48hr, 7 días, 14 días monitor | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Eco escáner del corazón | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| prueba de sangre de la función tiroidea | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Otros test sanguíneos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

Tiene una copia de su ECG? Si la tiene, por favor tráigala a la clínica Cuando

Cuando (fecha)

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Cuando el ritmo es normal | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| Cuando hay anormalidad en el ritmo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

*ECG = electrocardiograma *Bloqueadores del canal de Calcio = diltiazem (Adizem, Calcicard, Dilzem, Slozem, Tildiem) or verapamil (Cordilox, Securon, Univer, Vertab, Zolvera)

*Beta bloqueantes = propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol y otros fármacos acabados en "olol"

*AIT (mini-ataque) = ataque isquémico transitorio

Proporcionando información,
apoyo y acceso a tratamientos
nuevos e innovadores para
la fibrilación auricular

La Asociación AF desea agradecer a todos aquellos que ayudaron en el desarrollo y revisión de esta publicación. En particular, se da las gracias al Dr Andreas Wolff, el Dr. Matthew Fay (GPwSI), el Dr. Charlotte D'Souza (AF médico de la asociación, escritor y revisor).

AF Association
PO Box 6219
Shipston on Stour
CV37 1NL

+44 (0)1789 867502
@info@afa-international.org
www.afa-international.org

Registered Charity No. 1122442

© AF Association
Published March 2010,
Reviewed August 2014,
Planned Review Date August 2017

Trustees

Prof. A John Camm
Mrs Jayne Mudd
Prof. Richard Schilling
Dr Matthew Fay

AF Association Medical Advisory Committee

Dr Adam Fitzpatrick
Dr Andrew Grace
Prof. Gregory YH Lip
Mrs Angela Griffiths
Dr Derek Todd
Dr Andreas Wolff
Prof. Richard Hobbs
Dr Dhiraj Gupta
Prof. Martin Cowie
Mr Sotiris Antoniou
Dr Yassir Javaid

Founder & CEO

Trudie Lobban MBE



Recuerde que esta publicación sólo proporciona pautas generales. Las personas deben siempre discutir su condición con un profesional de la salud.

Si desea obtener más información o desea proporcionar sus comentarios, póngase en contacto con AF Association

