

## PROTOCOLO: SEGUIMIENTO DE FAMILIAS – Estudio Cohorte SAFEHEART

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

**1.- ¿Ha estado ingresado por alguna causa cardiovascular, o sospecha por dolor torácico?**

☐ No ☐ Sí (Si es Sí, pedir informe – hasta 10 años antes de la inclusión)

**2.- ¿Ha estado ingresado o le han diagnosticado Cáncer?**

☐ No ☐ Sí (Si es Sí, pedir informe)

**3.- ¿Ha sufrido algún tipo de accidente (de tráfico o caída) que le haya producido traumatismo?**

☐ No ☐ Sí (No se pide informe)

**4.- ¿Ha estado ingresado por Otras Causas?**

☐ No ☐ Sí (No se pide informe)

**5.- En relación al consumo de tabaco:**

☐ Nunca he fumado ☐ Fumaba y he dejado de fumar

☐ He empezado a fumar ☐ Continúo fumando N° cigarrillos/día: \_\_\_\_\_

**6.- ¿Dónde le atienden su hipercolesterolemia?**

☐ C. Salud ☐ Atención Especializada

**7.- Tratamiento y dosis:**

¿Cambios desde el último seguimiento? ☐ No ☐ Sí

Indicar tipo de tratamiento, dosis y fecha de inicio:

☐ Estatinas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ Ezetimiba: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ Ácido bempedoico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ iPCSK9 (Alirocumab / Evolocumab) o Inclisirán: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ Evincumab / Lomitapide / LDL-Aféresis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Si discontinúa el Tratamiento por más de un mes: motivo y período**

(También se incluye el embarazo): \_\_\_\_\_

**8.- Adherencia al Tratamiento:**

☐ Me olvido alguna vez

☐ Lo tomo a las horas indicadas

☐ Si me siento mal, lo suspendo

☐ Si me encuentro bien, dejo de tomarlo

**9.- Analítica reciente – Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

CT: \_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_ TG: \_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_ Creatinina: \_\_\_\_ Lp(a): \_\_\_\_ ALT/GPT: \_\_\_\_ AST/GOT: \_\_\_\_

Tensión Arterial: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_

**10.- ¿Le han diagnosticado Diabetes?**

☐ No ☐ Sí En caso positivo, indicar tratamiento: \_\_\_\_\_

**11.- ¿Le han diagnosticado Hipertensión?**

☐ No ☐ Sí En caso positivo, indicar tratamiento: \_\_\_\_\_

**12.- Otros Tratamientos:**

☐ Hormonas Tiroideas

☐ Protector Estomacal

**13.- Calidad de Vida – Cuestionario: EQ-5D**