

## 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 Nº 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Evinacumab / Lomitapide / LDL-Aféresis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Si discontiñúa 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 sienta 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**