



แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (Case Report Form ,CRF)

โครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ACUTE CORONARY SYNDROME REGISTRY (ACS REGISTRY)

ACS Code.....

ID

site

running number

Patients Profiles

ชื่อ.....นามสกุล.....
(ชื่อ-นามสกุล ใส่เฉพาะอักษรย่อตัวแรก)

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
วันเกิด
dd mm yyyy

เลขประจำตัวประชาชน - - - (เลข 13 หลัก, ถ้าหาไม่ได้จริงๆให้เว้นว่างไว้)

ภูมิลำเนา : จังหวัด.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

คำรักษาพยาบาลจำนวน บาท (ใส่ตัวเลข 7 หลัก)
ผู้จ่าย : ☐ จ่ายเงินเอง ☐ ต้นสังกัดราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ต้นสังกัดเอกชน ☐ ประกันสังคม ☐ โครงการ 30 บาท ☐ ประกันสุขภาพเอกชน

Admission Profiles

Referred ☐ No ☐ Yes จากโรงพยาบาล.....จังหวัด.....HN.....

Admission date
dd mm yyyy time 24 hrs

Discharge date
dd mm yyyy time 24 hrs

Episodic Data

Diagnosis

Admission Diagnosis (เลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

- ☐ ST- elevation MI
☐ Non ST- elevation MI
☐ Unstable angina with ST- T change

Discharge Diagnosis (เลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

- ☐ ST- elevation MI
☐ Non ST- elevation MI
☐ Unstable angina with ST- T change

History

Chief complaint (แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

Chest pain ☐ No ☐ Yes Cardiogenic Dyspnea ☐ No ☐ Yes Others ☐ No ☐ Yes
Shock ☐ No ☐ Yes Post cardiac arrest ☐ No ☐ Yes ถ้าตอบ Yes โปรดระบุ.....

Onset of symptoms
dd mm yyyy time 24 hrs

Risk Factor (แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

DM ☐ No ☐ Yes ☐ Unknown HT ☐ No ☐ Yes ☐ Unknown Family history ☐ No ☐ Yes ☐ Unknown
Smoking ☐ No ☐ Ex smoker ☐ Current smoker ☐ Unknown Dyslipidemia ☐ No ☐ Yes ☐ Unknown

Laboratories/ Investigation

(แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

CK – MB หรือ CK elevated

- ☐ No
☐ Yes
☐ Not done

Troponin – T หรือ I

- ☐ Negative
☐ Positive
☐ Not done

Coronary Angiogram

- ☐ Done -----> ☐ Normal/Insignificant ☐ Abnormal
☐ Not done

Initial serum creatinine level mg/dL (ถ้าไม่ทราบให้ลงค่า = 00.0)

Reperfusion Therapy/ Revascularization

(แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

Thrombolytic : Indicated ☐ No (ถ้าตอบ No ให้ข้ามไปยังหัวข้อ PCI, CABG)

☐ Yes ---> Given ☐ No ---> Contraindication ---> ☐ No ☐ Yes

☐ Yes --->

☐ Tissue plasminogen activator ☐ Streptokinase

dd mm yyyy time 24 hrs

PCI ☐ No ☐ Yes --->

☐ Primary ☐ Rescued
☐ Elective ☐ Early invasive strategy

dd mm yyyy time 24 hrs

CABG ☐ No ☐ Yes --->

☐ Emergency ☐ Elective

dd mm yyyy time 24 hrs

Complications

(แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

No Yes

ถ้าตอบ " Yes " โปรดระบุด้านล่าง (เลือกตอบได้เพียง 1 อย่าง)

Congestive heart failure ☐ ☐ ☐ At presentation or within first 48 hrs ☐ After 48 hrs
☐ Killip 2 ☐ Killip3 ☐ Killip 4

Arrhythmia ☐ ☐ ☐ Heart block ☐ Ventricular arrhythmia (VT, VF) ☐ Heart block +VT, VF

CVA ☐ ☐ ☐ Ischemic stroke ☐ Hemorrhagic stroke ☐ Ischemic+Hemorrhagic stroke ☐ Unknown

Bleeding complications ☐ ☐

Medical treatment

(แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

ASA ☐ No ☐ Yes Nitrate ☐ No ☐ Yes β -blocker ☐ No ☐ Yes

ADP inhibitor ☐ No ☐ Yes Heparin ☐ No ☐ Yes Ca^{++} blocker ☐ No ☐ Yes

IIb/IIIa inhibitor ☐ No ☐ Yes LMWH ☐ No ☐ Yes Statin ☐ No ☐ Yes

ACEI ☐ No ☐ Yes A2A ☐ No ☐ Yes Other lipid lowering agents ☐ No ☐ Yes

Results

(เลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

- ☐ Survive
☐ Cardiac dead -----> ☐ Pumping failure ☐ Mechanical complication ☐ Arrhythmia
☐ Non cardiac dead
☐ Discharge against advice
☐ Refer

ผู้ลงข้อมูล.....ชื่อ-นามสกุล.....
แพทย์ผู้ตรวจสอบ.....ชื่อ-นามสกุล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....