



แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (Case Report Form ,CRF v.3)

ACUTE CORONARY SYNDROME REGISTRY (ACS REGISTRY)

โครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ACS Code.....

ID

site running number

Patients Profiles

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง ส่วนสูง cm น้ำหนัก kg
 (ชื่อ-นามสกุล ใส่เฉพาะอักษรรอยตัวแรก)
 วันเกิด
 dd mm yyyy

เลขประจำตัวประชาชน (เลข 13 หลัก, ถ้าหาไม่ได้จริง ๆ ให้เว้นว่างไว้)

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

คำรักษาพยาบาลจำนวน บาท (ใส่ตัวเลข 7 หลัก, หากไม่มีค่าให้ลงเป็น 0000000)

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 :

Episodic Data

Diagnosis

Admission Diagnosis (เลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

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

ECG (เลือกตอบเพียง 1 อย่าง) ลงการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงที่สุด

- ST- elevation
- Non ST- elevation ----> Δ ST-depression Δ T inversion
- Undetermined ECG finding (LBBB, Pacing)

Rhythm (แรกเริ่ม)

- Normal sinus rhythm
- Atrial fibrillation
- Other.....

Discharge Diagnosis (เลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

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

Location of MI(by ECG) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)

- Anterior Inferior Right ventricle
- Lateral Posterior Undetermined

Chief complaint (แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

- | | | | |
|---------------------|--|---------------|--|
| Typical chest pain | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes | Heart failure | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes |
| Atypical chest pain | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes | Arrhythmia | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes |
| Shock | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes | Others | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes |
| Post cardiac arrest | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes | | |
- ถ้าตอบ yes โปรดระบุ.....

Vital sign แรกเริ่มที่ ER (หากไม่มีค่าให้ลงเป็น 000(ศูนย์) ทุกช่อง) HR beat/min SBP (seated) mmHg DBP mmHg

Onset of symptoms :
 dd mm yyyy time 24 hrs

History and Risk Factors (แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

History

	No	Yes	Unknown	No	Yes	Unknown
Previous MI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Previous unstable angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Previous stable angina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CABG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CHF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ischemic stroke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smoking	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Ex smoker	<input type="radio"/> Current smoker	<input type="radio"/> Unknown		

Laboratories/ Investigation

(แต่ละหัวข้อเลือกตอบเพียง 1 อย่าง)

CK-MB elevated No Yes Not done (ค่าที่มากที่สุด, หากไม่มีค่าให้ลง 999.9)

CK-MB Mass ng/mL

Troponin - T หรือ I Negative Positive Not done (ลงค่าครั้งล่าสุดก่อน discharge, หากไม่มีค่าให้ลงเป็น 999.99=missing, หากค่า < 0.01 ให้ลง 000.00)

Troponin - T ng/mL

Troponin - I ng/mL

Coronary Angiogram

Done ----> Δ Normal/Insignificant Δ Abnormal

dd mm yyyy

Not done

Ejection fraction (ลงค่าครั้งล่าสุดก่อน discharge)

No
 Yes ----> %

- If yes , results Δ Normal (>50%) Δ Moderate (30-39%)
 Δ Mild (40-50%) Δ Severe (<30%)

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

