

2013 年度脑卒中高危人群筛查和干预项目风险评估表

(适用于城市社区和农村乡镇≥40 岁以上人群整群抽样筛查)

<现场调查纸质版>

一、档案信息

1.1 基本信息			
医疗机构名称: _____		建档日期: □□□□年□□月□□日	社区: <input type="checkbox"/> 城市 <input type="checkbox"/> 农村
筛查员: _____ (联系电话: _____)		质控员: _____ (联系电话: _____)	
1.2 人口学信息			
姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民族: _____ 族	身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□
婚姻状况: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 其他		受教育程度: <input type="checkbox"/> 小学及以下 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 中专/高中 <input type="checkbox"/> 大专/大本 <input type="checkbox"/> 硕士及以上	
职业 (退休前职业): <input type="checkbox"/> 国家公务员 <input type="checkbox"/> 专业技术人员 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 企业管理人员 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 现役军人 <input type="checkbox"/> 自由职业者 <input type="checkbox"/> 个体经营者 <input type="checkbox"/> 无业人员 <input type="checkbox"/> 其他, 请详述 _____			
个人月均医疗费用支出 (不含医保支出费用): <input type="checkbox"/> 500 元以下 <input type="checkbox"/> 500-1000 元 <input type="checkbox"/> 1001-3000 元 <input type="checkbox"/> 3001-5000 元 <input type="checkbox"/> 5001-10000 元 <input type="checkbox"/> 10000 元以上 <input type="checkbox"/> 不详			
主要医疗付费方式: <input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 新城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 贫困救助 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 全公费 <input type="checkbox"/> 全自费 <input type="checkbox"/> 其他社会保险 <input type="checkbox"/> 其他			
1.3 通讯及联系方式			
户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/村 _____			邮编: □□□□□□□□
现居住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道/村 _____			邮编: □□□□□□□□
电话: □□□-□□□□□□□□		手机: □□□□□□□□□□	电子邮箱 (可选项): _____
主要联系人姓名: _____	与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他		联系人电话: _____

二、初筛信息

1	高血压病 (血压≥140/90 mmHg 或正在服用降压药): <input type="checkbox"/> 有 现测血压 (<input type="checkbox"/> 左侧 <input type="checkbox"/> 右侧): 收缩压 SBP □□□(mmHg) / 舒张压 DBP □□□(mmHg)	<input type="checkbox"/> 无
2	血脂异常 (甘油三脂≥2.26mmol/L, 或总胆固醇≥6.22mmol/L, 或低密度脂蛋白胆固醇 LDL≥4.14mmol/L, 或高密度脂蛋白胆固醇 HDL<1.04mmol/L) : <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 未知
3	糖尿病: <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
4	心房颤动 (房颤): <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
5	吸烟史: <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
6	明显超重或肥胖 (BMI≥26kg/m ²): <input type="checkbox"/> 是 身高: □□□cm 体重: □□□.□ kg BMI: □□.□ kg/m ² (BMI=体重/身高 ²)	<input type="checkbox"/> 否
7	运动缺乏或轻体力劳动者 (运动次数<3 次/周且<30 分钟/次; 参与工农业劳动视为有运动): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8	脑卒中家族史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
I	既往脑卒中: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	

II	既往短暂性脑缺血发作 (TIA) <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 无		
	初筛结果 (系统生成)	风险分级	<input type="checkbox"/> 脑卒中	<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> n≥3 高危	<input type="checkbox"/> 中危
危险标识						
管理分级		强化管理			规范化管理	健康管理

三、复筛信息

(由初筛评分为脑卒中高危人群根据初筛结果详细填写相关病史, 包括既往脑卒中、TIA 患者以及危险因素 n≥3 人群)

3.1 其他重要病史	
3.1.3	高血压 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 确诊年数: <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1 年左右 (6-12 月) <input type="checkbox"/> 大约 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 (按整数计) 是否服用降压药: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
3.1.3	血脂异常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 确诊年数: <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1 年左右 (6-12 月) <input type="checkbox"/> 大约 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 (按整数计) 异常类型(可多选): <input type="checkbox"/> 总胆固醇高 <input type="checkbox"/> 甘油三酯高 <input type="checkbox"/> 低密度脂蛋白胆固醇高 <input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白胆固醇低 是否服用降脂药: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
3.1.3	糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 确诊年数: <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1 年左右 (6-12 月) <input type="checkbox"/> 大约 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 (按整数计) 是否服用降糖药: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
3.1.4	其他心脏病(可多选) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 风湿性心脏病(包括合并瓣膜病变) <input type="checkbox"/> 心肌病 <input type="checkbox"/> 其他类型心脏病

3.2 家族史	
3.2.1	脑卒中(可多选) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.2	冠心病(可多选) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.3	高血压(可多选) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.4	糖尿病(可多选) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属
3.2.5	高脂血症(可多选) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他亲属

3.3 生活方式	
3.3.1	吸烟 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 若正在吸烟, 吸烟史 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 (按整数计), 目前平均吸烟 _____ 支/天 若已戒烟, 戒烟史 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 (按整数计), 曾经吸烟 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年, 平均吸烟 _____ 支/天
3.3.2	饮酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 饮酒史: 大约 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 (按整数年计) <input type="checkbox"/> 经常大量饮酒 (高度白酒 > 50 度, ≥3 次/周、≥2 两/次) <input type="checkbox"/> 偶尔饮
3.3.3	运动习惯 <input type="checkbox"/> 经常运动或重体力劳动 (含工农业劳动者) <input type="checkbox"/> 运动缺乏或轻体力劳动者 (锻炼次数 < 3 次/周且 < 30 分钟/次)
3.3.4	膳食习惯 <input type="checkbox"/> 口味偏咸 <input type="checkbox"/> 口味偏油 吃蔬菜 (<input type="checkbox"/> ≥5 天/周 <input type="checkbox"/> ≤2 天/周) 吃水果 (<input type="checkbox"/> ≥3 天/周 <input type="checkbox"/> 很少或偶尔吃) 喝牛奶或酸奶 (<input type="checkbox"/> ≥200ml/天且 ≥5 天/周 <input type="checkbox"/> 很少或偶尔喝)

四、近 2 周用药信息

服药用途		药物种类或名称	
4.1	<input type="checkbox"/> 降压	<input type="checkbox"/> 利尿药 <input type="checkbox"/> 钙拮抗剂 <input type="checkbox"/> β受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> 其他	
4.2	<input type="checkbox"/> 降糖	<input type="checkbox"/> 格列奈类 <input type="checkbox"/> α-糖苷酶抑制剂类 <input type="checkbox"/> 双胍类 <input type="checkbox"/> 格列酮类 <input type="checkbox"/> 胰岛素 <input type="checkbox"/> 其他	
4.3	<input type="checkbox"/> 降脂	<input type="checkbox"/> 他汀类 <input type="checkbox"/> 贝特类 <input type="checkbox"/> 烟酸类 <input type="checkbox"/> 树脂类 <input type="checkbox"/> 胆固醇吸收抑制剂 <input type="checkbox"/> 其他	
4.4	<input type="checkbox"/> 抗凝	<input type="checkbox"/> 维生素 K 拮抗剂	<input type="checkbox"/> 华法林
		<input type="checkbox"/> 增加抗凝血酶活性	<input type="checkbox"/> 普通肝素 <input type="checkbox"/> 水蛭素 <input type="checkbox"/> 低分子肝素
		<input type="checkbox"/> 凝血因子抑制剂	<input type="checkbox"/> 达比加群
		<input type="checkbox"/> 其他	
4.5	<input type="checkbox"/> 抗血小板	<input type="checkbox"/> 环氧酶 1 抑制剂	<input type="checkbox"/> 阿司匹林
		<input type="checkbox"/> ADP 受体拮抗剂	<input type="checkbox"/> 氯吡格雷
		<input type="checkbox"/> 抑制血小板磷酸二酯酶	<input type="checkbox"/> 双嘧达莫 <input type="checkbox"/> 西洛他唑
		<input type="checkbox"/> 其他	
4.6	<input type="checkbox"/> 降同型半胱氨酸	<input type="checkbox"/> 叶酸 <input type="checkbox"/> VitB12 <input type="checkbox"/> VitB6	
4.7	<input type="checkbox"/> 中药治疗	<input type="checkbox"/> 中成药 <input type="checkbox"/> 汤药	
4.8	<input type="checkbox"/> 其他药物		

五、体格检查信息

腰围: _____ cm	臀围: _____ cm	脉搏: _____ (次/分)
心脏听诊:	<input type="checkbox"/> 有(心律: <input type="checkbox"/> 整齐 <input type="checkbox"/> 不齐) <input type="checkbox"/> 无	

六、实验室检验信息

检查时间: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日		检查机构: <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 社区或乡镇医院		
类型	检查指标	数值	单位	标识
6.1 血糖	6.1.1 空腹血糖 GLU	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.1.2 糖化血红蛋白 HbA1c (糖尿病人必做)	_____	%	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
6.2 血脂	6.2.1 甘油三酯 TG	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.2.2 总胆固醇 TCHO	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.2.3 低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
	6.2.4 高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C	_____	mmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓
6.3 同型半胱氨酸 HCY (有条件地区开展)		_____	μmol/L	<input type="checkbox"/> ↑/ <input type="checkbox"/> 正常/ <input type="checkbox"/> ↓

七、检查信息

7.1 心电图 (心脏听诊有心律不齐者必做项目)		
检查时间: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日	检查机构: <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 社区或乡镇医院	
检查结果:	<input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 未见异常	
	<input type="checkbox"/> 房颤 <input type="checkbox"/> 缺血性改变 <input type="checkbox"/> 左心室肥厚 <input type="checkbox"/> 其他诊断, 请详述 _____	

7.2 颈部血管超声												
检查时间: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				检查机构: <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 社区或乡镇医院								
检查结果: <input type="checkbox"/> 全部正常 <input type="checkbox"/> 任一部位有异常 (可多选)												
异常类型	异常项目	责任病灶部位										
		左侧					右侧					
		颈总	寰部	颈内	颈总	寰部	颈内					
7.2.1	内膜 IMT	增厚(IMT≥1.0mm) (0=否,1=是)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2.2	斑块	数量	<input type="checkbox"/> 无(n=0) <input type="checkbox"/> 单发 (n=1) <input type="checkbox"/> 多发 (n≥2)									
		形态(1=不规则,0=规则)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		溃疡(1=有,0=无)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		回声(1=强回声,2=中等回声,3=低回声,4=混合回声)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7.2.3	狭窄或闭塞	狭窄率 (0=无狭;1=1-49%;2=50-69%;3=70-99%;4 闭塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7.2.4	支架术 (CAS)	术后: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 个月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7.2.5	支架术后再狭窄	狭窄率 (0=无狭;1=1-49%;2=50-69%;3=70-99%;4=闭塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7.2.6	内膜剥脱术(CEA)	术后: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 个月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7.2.7	CEA 术后再狭窄	狭窄率 (0=无狭;1=1-49%;2=50-69%;3=70-99%;4=闭塞)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

八、mRS 评分 (改良 Rankin 量表, 仅脑卒中患者需要填写)

评估时间: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		第 <input type="text"/> 评分		评估机构: <input type="checkbox"/> 基地医院 <input type="checkbox"/> 社区或乡镇医院			
选项			评分值				
<input type="checkbox"/> 完全无症状			0				
<input type="checkbox"/> 尽管有症状, 但无明显功能障碍, 能完成所有日常工作和生活			1				
<input type="checkbox"/> 轻度残疾, 不能完成病前所有活动, 但不需帮助能照顾自己的日常生活			2				
<input type="checkbox"/> 中度残疾, 需部分帮助, 但能独立行走			3				
<input type="checkbox"/> 重度残疾, 不能独立行走, 无他人帮助不能满足自身日常生活需求			4				
<input type="checkbox"/> 严重残疾, 持续卧床、二便失禁, 要求持续护理和关注, 日常生活完全依赖他人			5				
mRS 得分							