

# 时间管理记录表

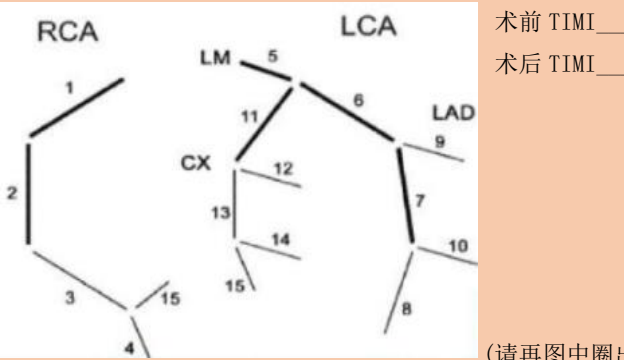
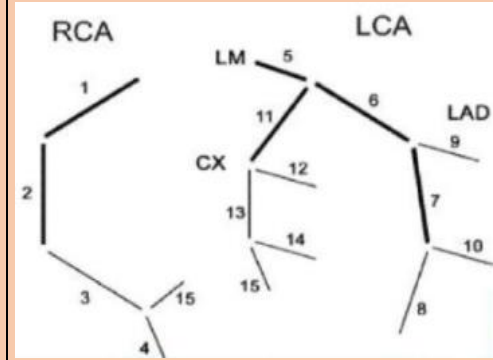
门诊 ID: \_\_\_\_\_ 住院 ID: \_\_\_\_\_ 医保类型: 城镇居民 城镇职工 新农合 自费

院前系统 (120 及网络医院)	姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄: _____ 岁	发病地址: _____ 省 _____ 市/县
	发病时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分	呼救 120 时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分		首次医疗接触时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分
	网络医院入门时间: _____ 日 _____ 时 _____ 分			转诊出门时间: _____ 日 _____ 时 _____ 分
	院前首份心电图时间: _____ 日 _____ 时 _____ 分			院前首份心电图确诊时间: _____ 日 _____ 时 _____ 分
	远程传输心电图: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		传输时间: _____ 日 _____ 时 _____ 分	传输方式: <input type="checkbox"/> 微信 <input type="checkbox"/> 短信 <input type="checkbox"/> 实时监控
	双联抗血小板药物给药: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 给药时间: _____ 时 _____ 分; 阿司匹林 _____ mg 替格瑞洛 _____ mg/氯吡格雷 _____ mg			
	院前溶栓筛查: <input type="checkbox"/> 适合 <input type="checkbox"/> 不适合 <input type="checkbox"/> 未筛查		是否实施院前溶栓: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	溶栓场所: <input type="checkbox"/> 其他医院 <input type="checkbox"/> 救护车
	院前溶栓知情同意开始时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分		签署知情同意时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分;	
	院前溶栓开始时间: _____ 时 _____ 分	院前溶栓结束时间: _____ 时 _____ 分	溶栓后造影时间: _____ 时 _____ 分 (心内科或导管室人员填写)	
	院前溶栓药物: <input type="checkbox"/> 一代 <input type="checkbox"/> 二代 <input type="checkbox"/> 三代		院前溶栓药物剂量: <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 全量	溶栓再通: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
诊断: <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> 主动脉夹层 <input type="checkbox"/> 肺动脉栓塞 <input type="checkbox"/> 其他			转运至 CPC <input type="checkbox"/> 导管室 <input type="checkbox"/> 急诊 填写人员签名 _____	

急诊预检	患者姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄: _____ 岁	发病地址: _____ 省 _____ 市/县
	发病时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分	到达医院大门时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分		院内接诊时间 (分诊时间): _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分
	到达方式: <input type="checkbox"/> 120 救护车 <input type="checkbox"/> 外院转运 (包含网络医院) <input type="checkbox"/> 自行来院			
	□院内发病 (发病科室: _____; 床位医师会诊时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分; 离开科室时间: _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分)			
	生命体征: 意识 <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 对语言有反应 <input type="checkbox"/> 对刺痛有反应 <input type="checkbox"/> 对任何刺激无反应 呼吸 _____ 次/分 脉搏 _____ 次/分 心率 _____ 次/分 血压: _____ / _____ mmHg 末梢血氧饱和度: _____ %			
□至胸痛诊室 (急诊内科) <input type="checkbox"/> 至急救科抢救室 <input type="checkbox"/> 至导管室			分诊护士签名 _____	

胸痛诊室 (急诊内科) / 发病科室	院内首份心电图时间: _____ 时 _____ 分	院内首份心电图确诊时间: _____ 时 _____ 分	由实际判定或实施人员勾选: Killip 分级: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV NYHA 分级: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 具备任意一条, 即为极高危: <input type="checkbox"/> 药物无法控制的顽固性心绞痛 <input type="checkbox"/> 危及生命的室性心率失常 <input type="checkbox"/> 血流动力学不稳或心源性休克 <input type="checkbox"/> 心肌梗死的机械并发症 <input type="checkbox"/> 严重心衰 STEMI 再灌注措施: <input type="checkbox"/> 急诊PCI <input type="checkbox"/> 溶栓 <input type="checkbox"/> 补救 PCI <input type="checkbox"/> 急诊仅造影 <input type="checkbox"/> 择期 PCI <input type="checkbox"/> 转运 PCI <input type="checkbox"/> 择期仅造影 <input type="checkbox"/> CABG <input type="checkbox"/> 无再灌注措施 <input type="checkbox"/> 其它 NSTEMI-ACS 血运重建措施: <input type="checkbox"/> 紧急 PCI <input type="checkbox"/> 紧急仅造影 <input type="checkbox"/> 转运 <input type="checkbox"/> 24h 内介入 <input type="checkbox"/> 72h 内介入 <input type="checkbox"/> 早期仅造影 <input type="checkbox"/> 择期介入
	病情评估及合并情况: <input type="checkbox"/> 持续性症状 <input type="checkbox"/> 间断性症状 <input type="checkbox"/> 胸痛症状已缓解 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 齿痛 <input type="checkbox"/> 肩背痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 突发意识丧失 <input type="checkbox"/> 合并心衰 <input type="checkbox"/> 合并恶性心律失常 <input type="checkbox"/> 合并出血		
	肌钙蛋白抽血完成时间: _____ 时 _____ 分; 获得报告时间: _____ 时 _____ 分 _____ ng/ml;		
	实验室检查: Cr _____ μmol/L; D-dimer: _____ ug/L (mg/L); BNP/NT-proBNP _____ pg/ml		
	辅助检查: 通知心超检查时间: _____ 时 _____ 分; 心超检查完成时间: _____ 时 _____ 分; 通知 CT 检查时间: _____ 时 _____ 分; 增强 CT 检查开始时间: _____ 时 _____ 分		
诊断: <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> 主动脉夹层 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 <input type="checkbox"/> 非 ACS 胸痛 <input type="checkbox"/> 其它非心源性胸痛 <input type="checkbox"/> 放弃诊治, 病因不明		诊断时间: _____ 时 _____ 分	
是否呼叫心内科会诊 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 呼叫时间: _____ 时 _____ 分		填写人员签名 _____	
心内科会诊	二线会诊时间 (包含远程会诊): _____ 时 _____ 分		会诊医师签名 _____
	心内诊断: <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> 主动脉夹层 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 <input type="checkbox"/> 非 ACS 胸痛 <input type="checkbox"/> 其它非心源性胸痛 <input type="checkbox"/> 放弃诊治, 病因不明		
	决定介入手术时间: _____ 时 _____ 分; 启动导管室时间: _____ 时 _____ 分		
开始知情同意时间: _____ 时 _____ 分; 签署知情同意书时间: _____ 时 _____ 分			

急诊留观/心内病房/CCU	院内溶栓筛查: <input type="checkbox"/> 合适 <input type="checkbox"/> 不合适 实施院内溶栓: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		<input type="checkbox"/> 保守治疗 <input type="checkbox"/> CABG <input type="checkbox"/> 其它 <b>实际介入时间:</b> ____月____日____时____分 <b>双联抗血小板药物给药时间:</b> ____月____日____时____分 阿司匹林____mg, 替格瑞洛____mg/氯吡格雷____mg <b>24h 他汀治疗:</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否; <b>β受体阻滞剂使用:</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  填写人签名_____
	溶栓开始时间: ____时____分; 溶栓结束时间: ____时____分; 溶栓后造影时间: ____时____分;		
	溶栓药物: <input type="checkbox"/> 一代 <input type="checkbox"/> 二代 <input type="checkbox"/> 三代; 溶栓药物剂量: <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 全量; 溶栓再通: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	复测心电图时间: ____时____分	肌钙蛋白复测结果: _____ng/ml;	
	复测肌钙蛋白抽血完成时间: ____时____分	复测肌钙蛋白报告时间: ____时____分	
Grace 危险分层: <input type="checkbox"/> 极高危 <input type="checkbox"/> 高危 <input type="checkbox"/> 中危 <input type="checkbox"/> 低危 具备以下任意一条, 即为极高危: <input type="checkbox"/> 药物治疗无法控制的顽固性心绞痛 <input type="checkbox"/> 严重心衰 <input type="checkbox"/> 危及生命的室性心率失常 <input type="checkbox"/> 血流动力学不稳定或心源性休克 <input type="checkbox"/> 心肌梗死的机械并发症			
<b>诊 断:</b> <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> 主动脉夹层 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 <input type="checkbox"/> 非 ACS 胸痛 <input type="checkbox"/> 其它非心源性胸痛 <input type="checkbox"/> 放弃诊治, 病因不明			

导管室	急诊 PCI 启动方式: <input type="checkbox"/> 绕行急诊 <input type="checkbox"/> 绕行 CCU <input type="checkbox"/> 病房启动	介入医生: _____	导管室激活时间: ____时____分	
	PCI 血管路径: <input type="checkbox"/> 桡动脉(左) <input type="checkbox"/> 桡动脉(右) <input type="checkbox"/> 股动脉 <input type="checkbox"/> 其他		开始穿刺时间: ____时____分	
	造影开始时间: ____时____分	导丝通过时间: ____时____分	PCI 手术完成时间: ____时____分	
	罪犯血管狭窄程度: <input type="checkbox"/> <50% <input type="checkbox"/> 50-69% <input type="checkbox"/> 70-89% <input type="checkbox"/> 90-99% <input type="checkbox"/> 100%		非罪犯血管狭窄>50%: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	 (请再图中圈出)		 (请再图中圈出)	
	支架内血栓 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	分叉病变 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> CTO	植入支架个数: ____个
	首次抗凝: <input type="checkbox"/> 普通肝素 <input type="checkbox"/> 比伐芦定 <input type="checkbox"/> 依诺肝素; 剂量: _____; 时间: ____时____分			
	腔内影像: <input type="checkbox"/> IVUS <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无	功能检测: <input type="checkbox"/> FFR <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无	IABP 植入: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	血栓抽吸: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	临时起搏器植入: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	ECMO: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	左心室辅助装置: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	术中并发症: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 恶性心律失常 <input type="checkbox"/> 低血压 <input type="checkbox"/> 慢血流/无复流 <input type="checkbox"/> 血管夹层 <input type="checkbox"/> 非干预血管急性闭塞 <input type="checkbox"/> 血管穿孔 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他			
D2B 时间: ____分钟	是否延误: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (具体原因请咨询术者)	填写人签名_____		

出院转归	转归: <input type="checkbox"/> 好转出院 <input type="checkbox"/> 转至其它医院 <input type="checkbox"/> 转至其它科室 <input type="checkbox"/> 死亡			
	出院诊断: <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> 主动脉夹层 <input type="checkbox"/> 肺栓塞 <input type="checkbox"/> 非 ACS 胸痛 <input type="checkbox"/> 其它非心源性胸痛			确诊时间: ____月____日
	72h 内肌钙蛋白最高值_____	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP 最高值_____	超声心动图 LVEF_____% (最低值)	
	合并症: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 心衰 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 机械性并发症 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 再发心梗 <input type="checkbox"/> 血栓 <input type="checkbox"/> 卒中 <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 呼吸衰竭 <input type="checkbox"/> 肾衰竭 <input type="checkbox"/> 死亡			
	心血管疾病危险因素: <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 血糖升高 <input type="checkbox"/> 吸烟 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 有家族史			
	院内新发心力衰竭 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	出院时间: ____月____日	住院天数: ____天	总费用_____元
	出院治疗结果: <input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 脑死亡离院 <input type="checkbox"/> 其它原因离院			
	出院带药: <input type="checkbox"/> DAPT <input type="checkbox"/> ACEI/ARB <input type="checkbox"/> β-受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> 他汀			填写人签名_____