

## INFORME D'ACTIVACIÓ CODI IAM - per trasllat IPC Primària

UNITAT PROVEÏDORA (HOSPITAL):

### Identificació del pacient:

CIP: <input type="text"/>	Cognoms i nom: <input type="text"/>	Espai reservat per enganxar etiqueta identificativa
Núm d'història clínica: <input type="text"/>		
Episodi clínic: <input type="text"/>		
Origen: <input type="checkbox"/> Hospital /CAP : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SEM (Domicili) <input type="checkbox"/> SEM (Via pública) <input type="checkbox"/> Altres	

### Críteris d'activació (Presència de TOTS aquests críteris):

<input type="checkbox"/>	Dolor toràcic o altres símptomes compatibles (Aturada cardíaca recuperada, dispnea,...)
<input type="checkbox"/>	Temps d'evolució de $\geq 30$ minuts que no cedeix amb nitrats i de $\leq 12$ hores d'evolució
<input type="checkbox"/>	Absència de malalties terminals o comorbiditat severa
<b>- Amb críteris ECG de:</b>	
<input type="checkbox"/>	Aixecament segment ST <input type="checkbox"/> ó <input type="checkbox"/> Bloc Branca Esquerra <input type="checkbox"/> ó <input type="checkbox"/> ECG dubtós

### ACTIVAR CODI IAM (SEM: 902.335.033) --> informació inicial requerida

Sexe: <input type="text"/>	Edat: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Al·lèrgies a contrast iodat/fàrmacs: <input type="text"/>
FC: <input type="text"/>	TA inicial: <input type="text"/>	Killip: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Localització IAM: <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> No elevació		
Inici dels símptomes: Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>	
1a. Assistència (*): Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>	
Realització ECG: Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>	
Activació CODI IAM (Alerta SEM): Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>	
Temps previst arribada SEM: Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>	

### ANTECEDENTS PATOLÒGICS (Completar després d'activar):

<input type="checkbox"/> Diabetis Mellitus	<input type="checkbox"/> MPOC	<input type="checkbox"/> Insuficiència renal	<b>TRACTAMENT CRÒNIC AMB:</b>	
<input type="checkbox"/> Dislipèmia	<input type="checkbox"/> IAM previ	<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Prasugrel
<input type="checkbox"/> Tabaquisme actiu	<input type="checkbox"/> IPC prèvia	<input type="checkbox"/> AVC / AIT	<input type="checkbox"/> Ticagrelor	
<input type="checkbox"/> Vasculopatia perifèrica	<input type="checkbox"/> CABG prèvia	<input type="checkbox"/> Història de sagnat/alteració coagulació	<input type="checkbox"/> Anticoagulants orals	
<input type="checkbox"/> Cirurgia major < 2 mesos: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Cirurgia prevista pròximament		
Pes: <input type="text"/>	Talla: <input type="text"/>			

### TRACTAMENTS ADMINISTRATS:

<input type="checkbox"/> Fibrinòlisi	<input type="checkbox"/> Dosi: <input type="text"/> mg.	Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> AAS	<input type="checkbox"/> Dosi: <input type="text"/> mg.	Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Dosi: <input type="text"/> mg.	Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prasugrel	<input type="checkbox"/> Dosi: <input type="text"/> mg.	Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Heparina Na o BMP	<input type="checkbox"/> Dosi: <input type="text"/> mg.	Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bivalirudina	<input type="checkbox"/> Dosi: <input type="text"/> mg.	Data (dd/mm/aa): <input type="text"/>	Hora (hh:mm): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Inotrops	<input type="checkbox"/> Intubació orotraqueal	<input type="checkbox"/> Cardioversió / Desfibril·lació	
<b>Motius per NO FER fibrinòlisi:</b>			
<input type="checkbox"/> Derivació per ACTP	<input type="checkbox"/> Finestra horària (>12 h)	<input type="checkbox"/> Contraindicacions	<input type="checkbox"/> ECG dubtós <input type="checkbox"/> Sense motiu conegut
<b>Observacions:</b>			
<input type="text"/>			
<b>Diagnòstic:</b>			

(\*) Es considera 1a assistència l'atenció al pacient en el moment d'arribada al Servei d'urgències (hospital o CAP)

Metge responsable:

Signatura: