



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 115 DEL

21 APR. 2011

OGGETTO: Istituzione del flusso informativo dei trattamenti della stenosi valvolare aortica nella Regione del Veneto

IL DIRIGENTE REGIONALE

DIREZIONE ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA

VISTO il Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici";

VISTO il Decreto Legislativo 6 aprile 2005, n. 67 "Attuazione della direttiva 2003/32/CE concernente i dispositivi medici fabbricati con tessuti di origine animale";

VISTO il Decreto Legislativo 25 gennaio 2010, n. 37 "Attuazione della Direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi";

VISTO il decreto del Ministero della Salute 12 febbraio 2010 dettante modifiche ed aggiornamenti alla Classificazione dei dispositivi medici di cui al precedente D.M. 20.02.2007;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 11 giugno 2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale";

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 165 del 22.02.2011 "Approvazione del Documento di Indirizzo per la procedura di impianto di valvole aortiche trans catetere" con la quale la Regione del Veneto ha recepito ed approvato le linee di indirizzo sull'utilizzo della metodica di impianto della valvola aortica per via percutanea o trans apicale in pazienti affetti da stenosi aortica severa;

DATO ATTO che la richiamata DGR n. 165/2011 prevede l'attivazione di un flusso informativo dei trattamenti della stenosi valvolare aortica relativi ai pazienti valutati dall'aortic team presso i centri in possesso dei requisiti e delle competenze richieste dal Documento di Indirizzo per effettuare la procedura di impianto di valvole aortiche trans catetere;

VISTO che la finalità del flusso informativo è quella di verificare gli outcome in termini di mortalità, complicanze e recupero di classe funzionale a 3 anni dei pazienti sottoposti all'impianto di valvole aortiche trans catetere;

VISTO il verbale della seduta del 24 marzo 2011 della Commissione Tecnica per il Repertorio Unico Regionale dei Dispositivi Medici in cui veniva approvato il modello per l'acquisizione dei dati relativi ai pazienti con stenosi valvolare aortica nella Regione del Veneto;

RICHIAMATO il punto 5 del dispositivo di cui alla sopra citata DGR che demanda ad un successivo Decreto del Dirigente della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria la definizione dei contenuti della scheda e le modalità di raccolta dei dati relativi al suddetto flusso;

SU conforme proposta del Servizio Farmaceutico che ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione:

DECRETA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, l'istituzione del flusso informativo dei pazienti con stenosi valvolare aortica, valutati presso i Centri in possesso dei requisiti e delle competenze richieste nel Documento di Indirizzo di cui alla DGR n. 165/2011; i dati contenuti in tale flusso verranno trattati con le modalità previste dalla Scheda numero 12 (scheda di anonimizzazione dei dati) del vigente regolamento regionale sulla privacy.
2. di individuare, nelle more dell'attivazione di tale flusso informativo di cui al punto 1, il modello cartaceo *"Modello per l'acquisizione dei dati relativi ai pazienti con stenosi valvolare aortica nella Regione del Veneto"* allegato 1 al presente decreto che ne costituisce parte integrante, da utilizzare per la raccolta dei dati anagrafici e clinici relativi a tutti i pazienti valutati dall'aortic team dell'Azienda Sanitaria;
3. di incaricare le Direzioni Generali delle strutture sanitarie operanti nella Regione del Veneto (AUSL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, erogatori privati accreditati) in possesso dei requisiti e delle competenze richieste per l'esecuzione della procedura TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation), definiti nel Documento di Indirizzo approvato con DGR n. 165/2011, alla trasmissione presso la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria - Servizio Farmaceutico - la dichiarazione del possesso di tali requisiti e competenze ai fini della trasmissione del flusso;
4. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto nei modi e termini di rito;
5. di pubblicare l'Allegato 1 di cui al punto 2 nel sito web della Regione:
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+allaPersona/Sanita/Farmaceutica/>.

Il Dirigente Regionale
F.to Dr. Francesco Dotta

MODELLO PER L'ACQUISIZIONE DEI DATI RELATIVI AI PAZIENTI CON STENOSI VALVOLARE AORTICA NELLA REGIONE DEL VENETO

1. STRUTTURA

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	
UNITA' OPERATIVA	<input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia
REFERENTE DELL'AORTIC TEAM	Nome _____ Cognome _____

2. CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE

Campo	Descrizione del campo
Nome e cognome	Nome _____ Cognome _____
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	__/__/____ (gg/mm/aa)
Numero telefonico per contatto*	Numero: _____
Codice fiscale	
AUSL di appartenenza	

*campo non obbligatorio

3. ANAMNESI DEL PAZIENTE

Data della valutazione	__/__/____ (gg/mm/aaaa)
------------------------	-------------------------

3.1 STORIA MEDICA

Campo	Descrizione del campo
Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Dislipidemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Broncopneumopatia cronica ostruttiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO
Precedente PCI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI, indicare data dell'intervento __/__/____
Precedente CABG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI, indicare data dell'intervento __/__/____
Precedente intervento cardiocirurgico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI, indicare data dell'intervento __/__/____

	NO	tipo di intervento _____
Fibrillazione atriale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Stroke – evento ischemico cerebrale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Malattia vascolare periferica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
GFR – velocità di filtrazione glomerulare <60	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Creatinina sierica	_____ mg/dL	
Ipertensione polmonare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Frazione d'ieiezione ventricolare sinistra	_____ %	
Asintomatico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Shock cardiogenico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Angina instabile	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Angina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Sincope	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	
Classe NYHA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Precedente valvuloplastica aortica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data dell'intervento <u> / /</u>
Aorta "a porcellana"	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Recente stenting carotideo (< 3mesi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data dell'intervento <u> / /</u>
Recente intervento coronarico percutaneo < 3mesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data dell'intervento <u> / /</u>
Angioplastica simultanea con valvuloplastica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data dell'intervento <u> / /</u>
Precedente infarto miocardico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTO	

3.2 TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

ASA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beta-bloccanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACE inibitori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sartanici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diuretici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri	_____



3.3 PARAMETRI CLINICI

Campo	Descrizione del campo	
Peso	_____ Kg	
Altezza	_____ cm	
Indice di massa corporea (BMI)	_____	
Pressione arteriosa sistolica	_____ mmHg	
Pressione arteriosa diastolica	_____ mmHg	
Diametro anulus aortico	_____ mm	
Area valvolare aortica – AVA	_____ cm ²	
Velocità massima	_____ m/sec	
Gradiente ecocardiografico di picco	_____ mmHg	
Gradiente ecocardiografico medio	_____ mmHg	
Insufficienza aortica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	Peri-protetica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
insufficienza mitralica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	
Spessore setto interventricolare	_____ mm	
Pressione in arteria polmonare	_____ mmHg	
Volume telesistolico del ventricolo sinistro	_____ ml/cm ²	
Volume telediastolico del ventricolo sinistro	_____ ml/cm ²	
Frazione d'eiezione ventricolare sinistra	_____ %	

4. VALUTAZIONE

Campo	Descrizione del campo
Il paziente è eleggibile alla procedura di impianto di valvola aortica transcateretere?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se NO, il paziente:	non è eleggibile <input type="checkbox"/> non dà il proprio consenso <input type="checkbox"/>

5. DATI PROCEDURA (da compilarsi in caso di procedura di impianto di valvola aortica transcateretere)

Campo	Descrizione del campo
Data del ricovero per l'intervento	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Data dell'intervento	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Approccio	<input type="checkbox"/> transtemorale <input type="checkbox"/> transapicale <input type="checkbox"/> transaortico <input type="checkbox"/> trans- aueclavia
Tipo di valvola	<input type="checkbox"/> Edwards-Sapien <input type="checkbox"/> Medtronic-Corevalve

	Ref. _____; lotto: _____; n. di serie: _____	
Dimensioni della valvola	_____ mm	
Valvuloplastica efficace	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Impianto protesico efficace	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Necessità di post-dilatazione della protesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tempo di fluoroscopia	_____ min	
Durata della procedura	_____ min	
Area della valvola aortica post-procedurale	_____ cm ²	
Gradiente ecocardiografico medio post-procedurale	_____ mmHg	
Insufficienza aortica post-procedurale	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	Peri-protesica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insufficienza mitralica post-procedurale	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	

5.1 ESITI PERI- E POST-PROCEDURALI (ENTRO IL RICOVERO) E COMPLICANZE

Campo	Descrizione del campo	
Perdita ematica nelle 24 ore	_____ ml	
Unità di sangue trasfuse	n. unità _____	
Durata della ventilazione	_____ min	
Rimozione tubo toracico	_____ min	
Ematoma in sede di accesso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Conversione chirurgica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altre complicanze intraprocedurali	_____	
Trattamento delle complicanze intraprocedurali	_____	
Morte	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (___/___/___) e causa della morte _____
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (___/___/___)
Stroke (evento ischemico cerebrale)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (___/___/___)
Sanguinamento maggiore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Tamponamento Cardiacco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

21 APR. 2011

Necessità di riparazione vascolare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insufficienza renale acuta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Infezione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Necessità impianto Pacemaker definitivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

6. SCHEDA DI DIMISSIONE

Campo	Descrizione del campo	
Data della dimissione	__/__/__(gg/mm/aaaa)	
Giornate di degenza in Terapia Intensiva	Numero di giorni: _____	
Eco eseguito alla dimissione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Area Valvolare aortica	_____ cm ²	
Gradiente ecocardiografico-picco	_____ mmHg	
Gradiente ecocardiografico medio	_____ mmHg	
Insufficienza Aortica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	Peri-protetica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insufficienza mitralica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	
Spessore setto interventricolare	_____ mm	
Volume telediastolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²	
Volume telesistolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²	
Frazione di eiezione ventricolare sinistra	_____ %	
Classe NYHA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

6.1 TERAPIA FARMACOLOGICA ALLA DIMISSIONE

ASA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beta-bloccanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACE inibitori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sartanici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diuretici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri	

7. EVENTI ENTRO 30 GIORNI

Campo	Descrizione del campo	
Data della valutazione	__/__/__(gg/mm/aaaa)	
Stato del paziente	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/> Perso al follow-up Se deceduto, indicare data (__/__/__) e causa della morte (_____)	
Morte	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__) e causa della morte (_____)
Stroke – evento ischemico cerebrale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Aritmiemaggiori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Scompenso cardiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Ospedalizzazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altre complicanze	Se SI, indicare data (__/__/__) e tipo di complicanze _____	

8. FOLLOW-UP 3 mesi

Campo	Descrizione del campo	
Data della valutazione	__/__/__(gg/mm/aaaa)	
Stato del paziente	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/> Perso al follow-up Se deceduto, indicare data (__/__/__) e causa della morte (_____)	
Area Valvolare aortica	_____ cm ²	
Gradiente ecocardiografico-picco	_____ mmHg	
Gradiente ecocardiografico medio	_____ mmHg	
Insufficienza aortica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	Peri-protetica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insufficienza mitralica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4	
Spessore setto interventricolare	_____ mm	
Volume telediastolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²	
Volume telesistolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²	
Frazione di eiezione ventricolo sinistro	_____ %	

21 APR. 2011

Classe NYHA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Stroke – evento ischemico cerebrale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Aritmiemaggiori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Scompenso cardiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Altre complicanze	Se SI, indicare data (__/__/__) e tipo di complicanze _____	

8.1 TERAPIA FARMACOLOGICA AL MOMENTO DELLA VISITA - FOLLOW-UP 3 mesi

ASA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beta-bloccanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACE inibitori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sartanici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diuretici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri	_____

9. FOLLOW-UP 6 mesi

Campo	Descrizione del campo
Data della valutazione	__/__/__ (gg/mm/aaaa)
Stato del paziente	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/> Perso al follow-up Se deceduto, indicare data (__/__/__) e causa della morte (_____)
Area Valvolare aortica	_____ cm ²
Gradiente ecocardiografico-picco	_____ mmHg
Gradiente ecocardiografico medio	_____ mmHg
Insufficienza aortica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4 Peri-protetica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insufficienza mitralica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4
Spessore setto interventricolare	_____ mm
Volume telediastolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²
Volume telesistolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²
Frazione di eiezione ventricolo sinistro	_____ %

Classe NYHA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Stroke – evento ischemico cerebrale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (_ / _ / _)
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (_ / _ / _)
Aritmiemaggiori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (_ / _ / _)
Scompenso cardiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (_ / _ / _)
Altre complicanze	Se SI, indicare data (_ / _ / _) e tipo di complicanze	

9.1 TERAPIA FARMACOLOGICA AL MOMENTO DELLA VISITA - FOLLOW-UP 6 mesi

ASA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beta-bloccanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACE inibitori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sartanici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diuretici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri	_____

10. FOLLOW-UP 12 mesi

Campo	Descrizione del campo
Data della valutazione	__ / __ / __ (gg/mm/aaaa)
Stato del paziente	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/> Perso al follow-up Se deceduto, indicare data (_ / _ / _) e causa della morte (_____)
Area Valvolare aortica	_____ cm ²
Gradiente ecocardiografico-picco	_____ mmHg
Gradiente ecocardiografico medio	_____ mmHg
Insufficienza aortica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4 Peri-protetica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insufficienza mitralica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4
Spessore setto interventricolare	_____ mm
Volume telediastolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²
Volume telesistolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²

21 APR. 2011

Frazione di eiezione ventricolo sinistro	_____ %	
Classe NYHA	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4	
Stroke – evento ischemico cerebrale	□ SI □ NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Infarto miocardico	□ SI □ NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Aritmie maggiori	□ SI □ NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Scompenso cardiaco	□ SI □ NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Altre complicanze	Se SI, indicare data (__/__/__) e tipo di complicanze	

10.1 TERAPIA FARMACOLOGICA AL MOMENTO DELLA VISITA - FOLLOW-UP 12mesi

ASA	□ SI □ NO
Clopidogrel	□ SI □ NO
Beta-bloccanti	□ SI □ NO
ACE inibitori	□ SI □ NO
Sartanici	□ SI □ NO
Diuretici	□ SI □ NO
Altri	_____

11. FOLLOW-UP 24 mesi

Campo	Descrizione del campo
Data della valutazione	__/__/__ (gg/mm/aaaa)
Stato del paziente	□ Vivo □ Deceduto □ Perso al follow-up Se deceduto, indicare data (__/__/__) e causa della morte (_____)
Area Valvolare aortica	_____ cm ²
Gradiente ecocardiografico-più piccolo	_____ mmHg
Gradiente ecocardiografico medio	_____ mmHg
Insufficienza aortica	grado □ 1-□ 2-□ 3-□ 4 Peri-protetica □ SI □ NO
Insufficienza mitralica	grado □ 1-□ 2-□ 3-□ 4
Spessore setto interventricolare	_____ mm
Volume telediastolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²
Volume telesistolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²

Frazione di eiezione ventricolo sinistro	_____ %	
Classe NYHA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Stroke – evento ischemico cerebrale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (___/___/___)
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (___/___/___)
Aritmiemaggiori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (___/___/___)
Scompenso cardiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (___/___/___)
Altre complicanze	Se SI, indicare data (___/___/___) e tipo di complicanze _____	

11.1 TERAPIA FARMACOLOGICA AL MOMENTO DELLA VISITA - FOLLOW-UP 24 mesi

ASA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beta-bloccanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACE inibitori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sartanici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diuretici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri	_____

12. FOLLOW-UP 36 mesi

Campo	Descrizione del campo
Data della valutazione	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Stato del paziente	<input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Deceduto <input type="checkbox"/> Perso al follow-up Se deceduto, indicare data (___/___/___) e causa della morte (_____)
Area Valvolare aortica	_____ cm ²
Gradiente ecocardiografico-picco	_____ mmHg
Gradiente ecocardiografico medio	_____ mmHg
Insufficienza aortica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4 Peri-protetica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insufficienza mitralica	grado <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 4
Spessore setto interventricolare	_____ mm
Volume telediastolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²
Volume telesistolico ventricolare sinistro	_____ ml/cm ²

Frazione di eiezione ventricolo sinistro	_____ %	
Classe NYHA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Stroke – evento ischemico cerebrale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Aritmie maggiori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Scompenso cardiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, indicare data (__/__/__)
Altre complicanze	Se SI, indicare data (__/__/__) e tipo di complicanze _____	

12.1 TERAPIA FARMACOLOGICA AL MOMENTO DELLA VISITA - FOLLOW-UP 36 mesi

ASA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Beta-bloccanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ACE inibitori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sartanici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diuretici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altri	_____