

<p>Site Patient ID number Property of European Society of Cardiology (ESC) – Confidential May not be used, divulged, published, or otherwise disclosed without the written consent of ESC</p>	<p>Центр (номер) Идентификационный номер пациента Собственность Европейского общества кардиологов (ESC) – Конфиденциально, не может быть использовано, разглашено, опубликовано или раскрыто иными способами без письменного разрешения ESC</p>
<p>Contents 1 Patient Characteristics 1.1 Basic Information 1.2 Physical Characteristics 1.3 Clinical History 1.4 Other Co-Morbidities 1.5 Quality of Life Questionnaire: EurQol EQ-5D-5L 2 Investigations 2.1 Laboratory measurements (during admission/consultation or within 1 year) 2.2 Electrocardiogram 2.3 Ejection Fraction 2.4 Echocardiogram 2.5 Holter Monitoring 2.6 Cardiac CT 2.7 Cardiac MRI 2.8 Exercise Test 2.9 Myocardial Scintigraphy 2.10 ICD 2.11 Coronary Angiography during current visit 2.12 Complications (If revascularisation during current visit?) 3 Medication 3.1 Anti-coagulants/anti-platelets 3.2 Other Pharmacological Treatments 4. Sign-Off 5. One-Year Follow-Up 5.1 Vital status at 1-Year Follow-Up 5.2 Clinical visits during the last 12 months 5.3 Re-Hospitalisation during the last 12 months</p>	<p>Содержание 1 Характеристика больных 1.1 Базовая информация 1.2 Физическая характеристика 1.3 Клиническая история (Анамнез) 1.4 Другие сопутствующие заболевания 1.5 Качество жизни Опросник: EurQol EQ-5D-5L 2 Исследования 2.1 Лаборатория (во время приема / консультации или в течение 1 года) 2.2 Электрокардиограмма 2.3 Фракция выброса 2.4 Эхо КГ 2.5 Холтеровское мониторирование 2.6 КТ сердца 2.7 МРТ сердца 2.8 Нагрузочные тесты 2.9 Сцинтиграфия миокарда 2.10 ИКД 2.11 Коронарография в ходе нынешнего визита 2.12 Осложнения (Если реваскуляризации в ходе нынешнего визита?) 3 Медикаменты (Медикаментозное лечение) 3.1 Антикоагулянты / антиагреганты 3.2 Другие лекарственные препараты 4. Выход 5. Визит 1 Год наблюдения 5.1 Жизненный статус через 1 год наблюдения 5.2 Посещение клиники в течение последних 12 месяцев 5.3 Повторные госпитализации в течение последних 12 месяцев</p>

5.4 Electrocardiogram since Discharge

5.5 One-Year Follow-Up Lab Values

5.6 One-Year Follow-Up Medication

5.7 Other Pharmacological Treatments at One Year

5.8 Quality of Life Questionnaire: EurQol EQ-5D-5L

5.9 One-Year Follow-Up CRF Completed, sign-off

6. Two-Year Follow-Up

6.1 Vital status at Two Years

6.2 Clinical visits during the last 12 months

6.3 Re-Hospitalisation during the last 12 months

6.4 Electrocardiogram since One-Year Follow-Up Visit

6.5 Two-Year Follow-Up Lab Values

6.6 Two-Year Follow-Up Medication

6.7 Other Pharmacological Treatments at Two Years

6.8 Two-Year Follow-Up Quality of Life Questionnaire: EurQol EQ-5D-5L

6.9 Two-Year Follow-Up CRF Completed, sign-off

7. Three-Year Follow-Up

7.1 Vital status at Three Years

7.2 Clinical visits during the last 12 months

7.3 Re-Hospitalisation during the last 12 months

7.4 Electrocardiogram since Two-Year Follow-Up Visit

7.5 Three-Year Follow-Up Lab Values

7.6 Three-Year Follow-Up Medication

Other Pharmacological Treatments at Three Years

7.7 Three-Year Follow-Up Quality of Life Questionnaire: EurQol EQ-5D-5L

7.9 Three-Year Follow-Up CRF Completed, sign-off

5.4 Электрокардиограмма

5.5 Лаборатория (результаты тестов) в течение 1 года наблюдения

5.6 Лечение в течение 1 года наблюдения

5.7 Другие фармакологические методы лечения в течение 1 года наблюдения

5.8 Качество жизни Опросник: EurQol EQ-5D-5L

5.9 Завершение Визита через 1 год, подпись

6. Визит 2 года наблюдения

6.1 Жизненный статус через 2 года наблюдения

6.2 Посещение клиники в течение последних 12 месяцев

6.3 Повторные госпитализации в течение последних 12 месяцев

6.4 Электрокардиограмма как на визите через 1 год наблюдения

6.5 Лаборатория (результаты тестов) в течение 2 года наблюдения

6.6 Лечение в течение 2 года наблюдения

6.7 Другие фармакологические методы лечения в течение 2 года наблюдения

6.8 Качество жизни Опросник: EurQol EQ-5D-5L

6.9 Завершение Визита через 2 года, подпись

7. Визит 3 года наблюдения

7.1 Жизненный статус через 3 года наблюдения

7.2 Посещение клиники в течение последних 12 месяцев

7.3 Повторные госпитализации в течение последних 12 месяцев

7.4 Электрокардиограмма как на визите через 2 года наблюдения

7.5 Лаборатория (результаты тестов) в течение 3 года наблюдения

7.6 Лечение в течение 3 года наблюдения

7.7 Другие фармакологические методы лечения в течение 3 года наблюдения

7.8 Качество жизни Опросник: EurQol EQ-5D-5L

7.9 Завершение Визита через 3 года, подпись

Inclusion Criteria

- Patient has signed the informed consent for the primary objectives: No Yes
- Patient has signed the informed consent for the secondary objectives: No Yes
- Patient age 18 years or above: No Yes
- Patient undergoing an elective¹ revascularisation procedure or seen for a routine visit:
 No Yes
- Patients presenting with documented CICD, defined as (at least one should be Yes):

- Previous STEMI: No Yes
- OR
- Previous NSTEMI ACS: No Yes
- OR
- Previous coronary revascularisation: No PCI CABG
- OR
- Stable coronary artery disease²: No Yes
- CCS status: No Yes
- If yes, type: I II III IV

¹ The Euroscore II definitions for procedures:

Elective : routine admission for operation.

Urgent: patients who have not been electively admitted for operation but who require intervention or surgery on the current admission for medical reasons. These patients cannot be sent home without a definitive procedure.

Emergency: operation before the beginning of the next working day after decision to operate.

Salvage: patients requiring cardiopulmonary resuscitation (external cardiac massage) en route to the operating theatre or prior to induction of anaesthesia. This does not include cardiopulmonary resuscitation following induction of anaesthesia.

²a. Effort-induced angina or rest angina with documented myocardial ischemia detected by exercise test or any stress imaging, or documented >50% stenosis in at least 1 major coronary artery on coronary angiography.

b. Asymptomatic ischemia with a documented >50% stenosis in at least one major coronary artery on coronary angiography.

Критерии включения

- Пациент подписал информированное согласие на первичные цели: Нет Да
- Пациент подписал информированное согласие на вторичные цели: Нет Да
- Возраст пациента от 18 лет и старше: Нет Да
- Пациент перенес плановую¹ процедуру реваскуляризации или пришел для обычного посещения: Нет Да
- Пациенты с документально подтвержденной ХИБС, определяемой как (по крайней мере, один ответ должен быть Да):

- Предшествующий ИМпСТ: Нет Да
- ИЛИ
- Предшествующий ОКСбпСТ: Нет Да
- ИЛИ
- Предшествующая коронарная реваскуляризация: Нет ЧКВ АКШ
- ИЛИ
- Стабильная ишемическая болезнь сердца²: Нет Да
- Статус ИБС: Нет Да
- Если Да, ФК: I II III IV

¹ Определения EuroSCORE II для процедур реваскуляризации:

Плановая: рутинная процедура реваскуляризации.

Срочная: пациенты, которым не была выполнена плановая операция, но которым требуется вмешательство на текущем приеме по медицинским показаниям. Эти пациенты не могут быть отпущены домой до операции.

Экстренная: требуется оперативное вмешательство до начала следующего рабочего дня (в течение суток) после принятия решения.

Спасаящая: пациенты, нуждающиеся в сердечно-легочной реанимации (непрямой массаж сердца) по пути в операционную или до индукции анестезии. Не относится к сердечно-легочной реанимации после индукции анестезии.

²a. Стенокардия напряжения или стенокардия с документированной ишемией миокарда при пробе с физической нагрузкой или любым методом стрессовой визуализации или документированным стенозом >50% по меньшей мере 1 крупной коронарной артерии по результатам КАГ.

b. Бессимптомная ишемия с документированным стенозом >50% по меньшей мере одной крупной коронарной артерии по результатам КАГ.

Exclusion Criteria

Patient with an ACS in the previous 30 days: No Yes

1 Patient Characteristics

Please use the Patient Log to record the patient's full name and contact information – this will be necessary to trace the enrolled patients during the follow-up phase.

1.1 Basic Information

(Tick the boxes ✓ or fill in the spaces)

Date of visit/hospitalisation and inclusion (dd/mm/yyyy): |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Type of Patient : Routine visit Elective¹ revascularisation procedure

1.2 Physical Characteristics

Year of birth : |_|_|_|_|_|_|

Gender Male Female

Height: _____ cm Weight: _____ kg

Body mass index: _____

BMI calculated automatically from Weight and Height:
Ent([Weight]/([Height]*[Height])) in the electronic CRF

Blood pressure³: Systolic ___ mmHg Diastolic ___ mmHg Heart rate ___ bpm

³ Blood pressure as measured during the outpatient visit or the last known blood pressure during hospital admission.

1.3 Clinical History

Diabetes mellitus: No Yes

If yes, last Hb1Ac: _____ Unit: % mmol/mol

Критерии исключения

Пациент с ОКС в течение последних 30 дней: Нет Да

1 Характеристика больных

Пожалуйста, используйте Patient Log, чтобы записать полное имя пациента и его контактную информацию - это будет необходимо для дальнейшего наблюдения.

1.1 Базовая информация

Установите флажки (✓) или заполните пробелы

Дата визита/госпитализации и включения (дд / мм / гггг): |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|

Тип пациента: Плановое посещение Процедура плановой¹ реваскуляризации

1.2 Физические характеристики

Год рождения: |_|_|_|_|_|_|

Пол Мужской Женский

Рост: _____ см Вес: _____ кг

Индекс массы тела: _____

ИМТ рассчитывается автоматически из веса и роста: [Вес] / ([Рост]²) в электронной CRF

АД³: систолическое ___ мм рт.ст. Диастолическое ___ мм рт.ст. Частота сердечных сокращений ___ ударов в минуту

³ Артериальное давление, измеренное во время амбулаторного визита или последнее известное артериальное давление во время госпитализации.

1.3 Клиническая история (Анамнез)

Сахарный диабет: Нет Да

Если да, то последний Hb1Ac: _____ Ед измерения: % ммоль/моль

Smoking status⁴:

Never Current Former (if patient stopped more than 1 year ago)

⁴ Indicate if the patient has a history confirming any form of tobacco use in the past. This includes cigarettes, cigar and/or pipe. Current = patient regularly smokes a tobacco product / products one or more times per day or has smoked in the year prior to this admission.

Treated hypertriglyceridemia⁵: No Yes

⁵ Hypertriglyceridemia: Fasting TG >1.7 mmol/L or more than 150 mg/dL.

Familial hypercholesterolaemia⁶ No Yes Unknown

If yes, confirmed Genetically By ESC/EAS⁷ score

If confirmed by ESC/EAS⁷ score, result: Definitive Probable Possible
 Unlikely

Please refer to the table below for information on the calculation of these classifications⁷.

⁶ Hypercholesterolaemia: Fasting total cholesterol > 240 mg/dl (>6,2 mmol/l) or LDL-cholesterol > 160 mg/dl (>4.1 mmol/l) or treatment with any lipid-lowering drug.

⁷ ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Catapano AL, Reiner Z, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, Alegria E, Chapman M, Durrington P, Erdine S, Halcox J, Hobbs R, Kjekshus J, Filardi PP, Riccardi G, Storey RF, Wood D; European Society of Cardiology (ESC); European Atherosclerosis Society (EAS). Atherosclerosis. 2011 Jul;217(1):3-46.

Статус Курения⁴:

Никогда не курил Курит Курил ранее (если пациент прекратил курить более 1 года назад)

⁴ Укажите, если пациент употребляет табак в любой форме. Употребление табака включает в себя сигареты, сигары и/или трубки. Курит = пациент регулярно курит табак / табачные продукты один или несколько раз в день или курил в течение года до этого визита.

Леченная гипертриглицеридемия⁵: Нет Да

⁵ Гипертриглицеридемия: ТГ натощак >1.7 ммоль/л или более 150 мг/дл.

Семейная гиперхолестеринемия⁶ Нет Да Неизвестно

Если да, подтвержденная Генетически По шкале ESC/EAS⁷

Если подтвержденная по шкале ESC/EAS⁷, результат: Определенная
 Вероятная Возможная Отсутствует

Пожалуйста, обратитесь к приведенной ниже таблице для получения информации о расчете по классификации ESC/EAS⁷

⁶ Гиперхолестеринемия: натощак общий холестерин > 240 мг/дл (>6,2 ммоль/л) или холестерин ЛПНП > 160 мг/дл (>4.1 ммоль/л) или Лечение любыми гиполипидемическими препаратами.

⁷ ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Catapano AL, Reiner Z, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, Alegria E, Chapman M, Durrington P, Erdine S, Halcox J, Hobbs R, Kjekshus J, Filardi PP, Riccardi G, Storey RF, Wood D; European Society of Cardiology (ESC); European Atherosclerosis Society (EAS). Atherosclerosis. 2011 Jul;217(1):3-46.

Calculation of ESC/EAS Score		Score	Расчет ESC/EAS Score		Балл
Feature			Критерий		
Family History			Семейный анамнез		
First-degree relative with known premature coronary and/or vascular disease (men <55 years, females <60 years). OR First-degree relative with known LDL-C above the 95 th percentile for age and sex.		1	Родственник первой степени с известным преждевременным развитием коронарного и/или сосудистого заболевания (мужчины <55 лет, женщины <60 лет). ИЛИ родственник первой степени с известным ХС ЛПНП выше 95-й процентиля для возраста и пола.		1
First-degree relative with tendinous xanthomata and/or arcus cornealis OR children aged less than 18 years with above the 95 th percentile for age and sex		2	Родственник первой степени с сухожильными ксантомами и/или дугой роговицы ИЛИ дети в возрасте младше 18 лет с ХС ЛПНП выше 95-й процентиля для возраста и пола.		2
Clinical History			Клинический анамнез		
Premature coronary artery disease (men <55 years, females <60 years).		2	Раннее развитие ИБС (мужчины <55 лет, женщины <60 лет).		2
Premature cerebral or peripheral vascular disease (men <55 years, females <60 years).		1	Раннее развитие атеросклеротического поражения церебральных или периферических артерий (мужчины <55 лет, женщины <60 лет).		1
Physical examination			Физикальное обследование		
Tendinous xanthomata		6	Сухожильные ксантомы		6
Arcus cornealis prior to age 45 years		4	Дуга роговицы у пациента младше 45 лет		4
Level for patients not on lipid lowering treatment			Уровень ХС ЛПНП у пациента без лечения		
LDL-C (mg/dL) Level for patients not on	LDL-C (mmol/L)		ХС ЛПНП (мг/дл) у пациента без лечения	ХС ЛПНП (ммоль/л)	
- 326 or higher	- 8.5 or higher	8	- 326 или выше	- 8.5 или выше	8
- 251 to 325	- 6.5 to 8.4	5	- 251 to 325	- 6.5 to 8.4	5
- 191 to 250	- 5.0 to 6.4	3	- 191 to 250	- 5.0 to 6.4	3
- 155 to 190	- 4.0 to 4.9	1	- 155 to 190	- 4.0 to 4.9	1
DNA analysis: functional mutation in the <i>LDLR</i> , <i>APOB</i> or <i>PCSK9</i> gene		8	Анализ ДНК: функциональная мутация в <i>LDLR</i> , <i>APOB</i> или <i>PCSK9</i> гене		8
Stratification of familial hypercholesterolaemia (FH) as determined by total score using the Dutch Lipid Network Criteria:			Стратификация семейной гиперхолестеринемии (СГ) определяется путем подсчета баллов с использованием Dutch Lipid Network Criteria:		
Definite FH = total score greater than 8	Possible FH = total score between 3 and 5		Определенная СГ = общий балл > 8	Возможная СГ = общий балл 3 – 5	
Probable FH = total score between 6 and 8	Unlikely FH = total score of less than 3		Вероятная СГ = общий балл 6 – 8	Отсутствует СГ = общий балл < 3	

EURObservational Research Programme Chronic Ischemic Cardiovascular Disease Long Term Case Report Form – 13 May 2016 Version 3.0

History of heart failure: No Yes

If yes, current NYHA class: I II III IV

History of atrial fibrillation: No Yes

History of LEAD (Lower Extremity Artery Disease): No Yes

If LEAD Yes, previous peripheral revascularisation: No Yes

Previous stroke/TIA: No Yes

1.4 Other Co-Morbidities

Chronic kidney disease⁸: No Yes Unknown

Significant liver disease⁹: No Yes Unknown

COPD/asthma¹⁰: No Yes Documented Unknown

Sleep apnoea¹¹: No Yes Unknown

Malignancy (any type of cancer): No Yes Unknown

If yes, specify: _____

⁸ *Chronic kidney disease: Presence of chronic dialysis or renal transplantation or serum creatinine 200 µmol/l (2.26 mg/dL)*

⁹ *Liver disease: Active liver disease or impaired hepatic function, defined by serum levels of either ALT (SGPT), AST (SGOT), or alkaline phosphatase above 3 x upper limit of normal (ULN), or known with liver disease at a specialist's office, or history of hepatitis*

¹⁰ *COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease): Lung disease characterized by chronic obstruction of lung airflow that interferes with normal breathing and is not fully reversible.*

¹¹ *Sleep apnoea: Sleep disordered breathing (SOB) characterized by abnormal pauses in breathing or instances of abnormally low breathing, managed by a specialist or actually using a device to manage SOB.*

1.5 Quality of Life Questionnaire: EurQoL EQ-5D-5L

Please leave the patient to complete the questionnaire, after reading the EuroQoL user guide (both documents downloadable from the website).

Please transfer the scores to the electronic CRF.

Questionnaire **not** fully completed by the patient (Tick to confirm)

Сердечная недостаточность: Нет Да

Если Да, укажите ФК NYHA в настоящее время: I II III IV

Фибрилляция предсердий: Нет Да

Заболевания артерий нижних конечностей: Нет Да

Если Да, была ли реваскуляризация периферических артерий: Нет Да

Предшествующий Инсульт / ТИА: Нет Да

1.4 Другие сопутствующие заболевания

Хроническая болезнь почек⁸: Нет Да Неизвестно

Значимые заболевания печени⁹: Нет Да Неизвестно

ХОБЛ/Астма¹⁰: Нет Да Документированы Неизвестно

Слип апноэ¹¹: Нет Да Неизвестно

Онкология (любой тип рака): Нет Да Неизвестно

Если Да, то укажите: _____

⁸ *Хроническая болезнь почек: Пациент на плановом диализе или после трансплантации почки или сывороточный креатинин 200 мкмоль/л (2,26 мг дл)*

⁹ *Заболевания печени: Активное заболевание печени или нарушение функции печени, определяемое как повышение сывороточного уровня ALT, АСТ или щелочной фосфатазы в 3 раза и более от верхней границы нормы, или известное подтвержденное заболевание печени, или перенесенный гепатит.*

¹⁰ *ХОБЛ (Хроническая обструктивная болезнь легких): Заболевание легких, характеризующееся хроническим ограничением воздушного потока в легких, что мешает нормальному дыханию, и не является полностью обратимым.*

¹¹ *Слип апноэ: нарушение дыхания во сне, характеризующееся ненормальными остановками дыхания или случаи аномально редкого дыхания или использование устройства для лечения слип апноэ.*

1.5 Опросник по качеству жизни EurQoL EQ-5D-5L

Пожалуйста, оставьте пациента для заполнения опросника после прочтения инструкции EuroQoL (оба документа можно загрузить с веб-сайта).

Пожалуйста, введите баллы в электронную CRF.

Анкета не полностью заполнена пациентом (Отметьте для подтверждения)

2 Investigations

2.1 Laboratory measurements (during admission/consultation or within 1 year)

Collection date (dd mm yyyy): |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_|

Haemoglobin: ____ Unit: g/dL g/L mmol/L Unknown
 S-Creatinine: ____ Unit: mg/dL µmol/L Unknown
 Fasting glucose: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown
 Uric Acid: ____ Unit: mg/dL µmol/L Unknown
 Proteinuria: ____ Unit: No Yes Unknown
 BNP: ____ Unit: pg/mL pmol/L Unknown
 NT-proBNP: ____ Unit: pg/mL pmol/L Unknown
 TSH: ____ Unit: mIU/L Unknown
 Troponin T: ____ Unit: ng/L or pg/ml Unknown
 Troponin I: ____ Unit: ng/L or pg/ml Unknown
 CRP: ____ Unit: mEq/L mmol/L mg/L Unknown
 Total cholesterol: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown
 LDL: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown
 HDL: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown
 Triglycerides: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

2.2 Electrocardiogram

ECG performed: No Yes, date: |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_| (dd mm yyyy)
 Rhythm: Sinus rhythm Atrial fibrillation Paced Other Unknown
 Heart rate: ____ bpm
 Bundle branch block: No Yes QTC Bazett and QTC Fridericia :
 If yes, RBBB LBBB Other Calculated automatically in eCRF
 QRS-duration: |_____| ms ST depression: No Yes Unknown
 ST elevation: No Yes Unknown Negative T-waves: No Yes Unknown
 QT interval: |_____| msec

2 Исследования

2.1 Лабораторные исследования (во время приема/консультации или в течение 1 года)

Дата забора крови (дд мм гггг): |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_|

Гемоглобин: ____ Ед: г/дл г/л ммоль/л Неизвестно
 Креатинин: ____ Ед: мг/дл мкмоль/л Неизвестно
 Глюкоза: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно
 Мочевая к-та: ____ Ед: мг/дл мкмоль/л Неизвестно
 Протеинурия: ____ Ед: Нет Да Неизвестно
 BNP: ____ Ед: пг/мл пмоль/л Неизвестно
 NT-proBNP: ____ Ед: пг/мл пмоль/л Неизвестно
 ТТГ: ____ Ед: мIU/L Неизвестно
 Тропонин Т: ____ Ед: нг/л или пг/мл Неизвестно
 Тропонин I: ____ Ед: нг/л или пг/мл Неизвестно
 СРБ: ____ Ед: мEq/L ммоль/л мг/л Неизвестно
 Общий ХС: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно
 ХС ЛПНП: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно
 ХС ЛПВП: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно
 Триглицериды: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

2.2 Электрокардиограмма

ЭКГ выполнена: Нет Да, дата: |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_| (дд мм гггг)
 Ритм: Синусовый Фибрилляция предсердий ЭКС Другое Неизвестно
 Частота сердечных сокращений: ____ ударов в минуту
 Блокада НПП: Нет Да QTC Bazett и QTC Fridericia :
 Если Да, БПНПГ БЛНПГ Другая Вычисляется автоматически в eCRF
 QRS-длительность: |_____| msec Депрессия ST: Нет Да Неизвестно
 Элевация ST: Нет Да Неизвестно Отриц. Т: Нет Да Неизвестно
 QT интервал: |_____| msec

2.3 Ejection Fraction

Ejection Fraction available? No Yes, value: | _____ | %

Method: Echocardiography Angiography Scintigraphy MRI

2.4 Echocardiogram

Echocardiogram performed: No Yes, date: |__| |__| |__| |__| |__| |__| (dd mm yyyy)

LV ejection fraction (Simpson's biplane): _____ %

Left Ventricular End Systolic Measurement: Volume Diameter Unknown

If volume: | _____ | ml

If diameter: | _____ | mm

Left Ventricular End Diastolic Measurement: Volume Diameter Unknown

If volume: | _____ | ml

If diameter: | _____ | mm

Maximum septal LV thickness: | _____ | mm

Left atrium diameter: | _____ | mm

LV hypertrophy: No Yes Unknown

Diastolic dysfunction (grade): Normal Grade I (impaired relaxation) Grade II

Pseudonormal Restrictive Unknown

2.5 Holter Monitoring

Holter monitoring performed: No Yes Unknown

If yes, Date: |__| |__| |__| |__| |__| |__| (dd mm yyyy)

Mean HR: _____ bpm

Complex ventricular arrhythmias: No Yes

Bradyarrhythmias: No Yes

Atrial fibrillation: No Yes

ST Segment abnormalities: No Yes

Other, specify _____

2.3 Фракция выброса

Фракция выброса измерялась? Нет Да, результат: | _____ | %

Метод: Эхокардиография Ангиография Сцинтиграфия МРТ

2.4 Эхокардиография

Эхокардиография выполнена: Нет Да, дата |__| |__| |__| |__| |__| |__| (дд мм гггг)

Фракция выброса ЛЖ (Симпсон): _____ %

Измерение ЛЖ в конце систолы: Объем Размер Неизвестно

Если объем: | _____ | мл

Если размер: | _____ | мм

Измерение ЛЖ в конце диастолы: Объем Размер Неизвестно

Если объем: | _____ | мл

Если размер: | _____ | мм

Максимальная толщина межжелудочковой перегородки: | _____ | мм

Диаметр левого предсердия: | _____ | мм

LV hypertrophy: No Yes Unknown

Диастолическая дисфункция (степень): Норма Степень I (нарушенная релаксация) Степень II Псевдонормальная Рестриктивная Неизвестно

2.5 Холтеровское мониторирование ЭКГ

Холтеровское мониторирование выполнено: Нет Да Неизвестно

Если Да, Дата: |__| |__| |__| |__| |__| |__| (дд мм гггг)

Средняя ЧСС: _____ ударов в минуту

Сложные желудочковые аритмии: Нет Да

Брадиаритмия: Нет Да

Фибрилляция предсерд Нет Да

Изменения сегмента ST: Нет Да

Другое, укажите _____

2.6 Cardiac CT

Cardiac CT Performed: No Yes Unknown

If yes, date: |__| |__| |__| |__| |__| (dd mm yyyy)

2.7 Cardiac MRI

Cardiac MRI performed: No Yes Unknown

If yes, date: |__| |__| |__| |__| |__| (dd mm yyyy)

2.8 Exercise Test

Exercise test performed: No Yes Unknown

If yes, date: |__| |__| |__| |__| |__| (dd mm yyyy)

Peak exercise, cycle ergometer: |__| watts Peak exercise, treadmill: |__| metres

Peak V02: |__| ml/kg/min 6 min walk test: |__| metres

Positive for myocardial ischaemia? No Yes

2.9 Myocardial Scintigraphy:

Myocardial scintigraphy performed: No Yes Unknown

If yes, date: |__| |__| |__| |__| |__| (dd mm yyyy)

Resting ischemia: No Yes Unknown

Myocardial viability: No Yes Unknown

2.10 ICD:

- ICD Implantation: Not indicated
 Indicated Not Planned
 Indicated Planned
 Already implanted

2.6 КТ сердца

КТ сердца выполнено: Нет Да Неизвестно

Если Да, Дата: |__| |__| |__| |__| |__| (дд мм гггг)

2.7 МРТ сердца

МРТ сердца выполнено: Нет Да Неизвестно

Если Да, Дата: |__| |__| |__| |__| |__| (дд мм гггг)

2.8 Нагрузочные тесты

Нагрузочные тесты выполнены: Нет Да Неизвестно

Если Да, Дата: |__| |__| |__| |__| |__| (дд мм гггг)

Пиковая нагрузка, велоэргометр: |__| ватт Пиковая нагрузка, тредмил: |__| метры

Максимальное V02: |__| мл/кг/мин Тест 6 минутной ходьбы: |__| метры

Выявлена ишемия миокарда? Нет Да

2.9 Myocardial Scintigraphy:

Сцинтиграфия миокарда выполнена: Нет Да Неизвестно

Если Да, Дата: |__| |__| |__| |__| |__| (дд мм гггг)

Ишемия в покое: Нет Да Неизвестно

Жизнеспособность миокарда: Нет Да Неизвестно

2.10 ИКД (имплантируемый кардиовертер дефибриллятор):

- Имплантация ИКД: Не указано
 Указано НЕ планируется
 Указано планируется
 Уже имплантирован

2.11 Coronary Angiography during current visit

Coronary Angiography performed: No Yes

Left main disease (>50%) No Yes If yes, treated: No Yes
 PCI CABG

LAD disease (>70%) No Yes If yes, treated: No Yes
 PCI CABG

CFX disease (>70%) No Yes If yes, treated: No Yes
 PCI CABG

RCA disease (>70%) No Yes If yes, treated: No Yes
 PCI CABG

FFR performed: No LAD CFX RCA LM Unknown

OCT performed: No LAD CFX RCA LM Unknown

IVUS performed: No LAD CFX RCA LM Unknown

2.12 Complications (If revascularisation during current visit?)

If patient has had an elective¹ revascularisation(s), were there complications?

No Yes

If yes, what were the complications?:

Death No Yes, date: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (dd mm yyyy)

Bleeding No Yes

If yes, specify Life threatening Minor Major

Tamponade No Yes

Cardiogenic shock No Yes

Stent Thrombosis No Yes

Other No Yes

If other, specify _____

2.11 Коронарография во время настоящего визита

Коронарография выполнена: Нет Да

Левая КА (>50%) Нет Да Если Да, лечение: Нет Да
 ЧКВ АКШ

ПМЖА (>70%) Нет Да Если Да, лечение: Нет Да
 ЧКВ АКШ

ОА (>70%) Нет Да Если Да, лечение: Нет Да
 ЧКВ АКШ

Правая КА (>70%) Нет Да Если Да, лечение: Нет Да
 ЧКВ АКШ

ФРК выполнена: Нет ПМЖА ОА ПКА ЛКА Неизвестно

ОКТ выполнена: Нет ПМЖА ОА ПКА ЛКА Неизвестно

ВСУЗИ выполнено: Нет ПМЖА ОА ПКА ЛКА Неизвестно

2.12 Осложнения (Если реваскуляризация во время нынешнего визита)

Если пациенту выполнялась плановая¹ реваскуляризация(и), были ли осложнения?

Нет Да

Если Да, какие были осложнения?:

Смерть Нет Да, дата: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (дд мм гггг)

Кровотечение Нет Да

Если Да, укажите Жизнеугрожающее Малое Большое

Тампонада Нет Да

Кардиогенный шок Нет Да

Тромбоз стента Нет Да

Другое Нет Да

Если другое, укажите _____

3 Medication

3.1 Anti-coagulants/anti-platelets

Select the medication given to the patient and tick the box ✓. If you do not know, select **Unknown**.

	Before Admission or Routine Visit			At discharge or End of Routine Visit	
	No	Yes	Unknown	No	Yes
Oral anticoagulant drugs					
Vit K antagonists					
Dabigatran					
Rivaroxaban					
Apixaban					
Antiplatelet drugs					
ASA					

Other Antiplatelet drugs

Select **one** of the following medications given to the patient and tick the box ✓. If you do not know, select **Unknown**.

Before Admission or Routine Visit	Discharge or end of Routine Visit
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Clopidogrel	<input type="checkbox"/> Clopidogrel
<input type="checkbox"/> Prasugrel	<input type="checkbox"/> Prasugrel
<input type="checkbox"/> Ticagrelor	<input type="checkbox"/> Ticagrelor
<input type="checkbox"/> Ticlopidine	<input type="checkbox"/> Ticlopidine
<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Unknown
If other please specify: _____	If other please specify: _____

3 Лечение

3.1 Антикоагулянты / Антиагреганты

Выберите препараты, принимаемые пациентом и отметьте в окошке флажком ✓. Если вы не знаете, выберите **Неизвестно**.

	До поступления или посещения врача			При выписке или в конце посещения	
	Нет	Да	Неизвестно	Нет	Да
Оральные антикоагулянты					
Антагонисты вит. К					
Дабигатран					
Ривароксабан					
Апиксабан					
Антиагреганты					
АСК					

Другие Антиагреганты

Выберите **один** из следующих препаратов, принимаемых пациентом и отметьте в окошке флажком ✓. Если вы не знаете, выберите **Неизвестно**.

До поступления или посещения врача	При выписке или в конце посещения
<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Клопидогрел	<input type="checkbox"/> Клопидогрел
<input type="checkbox"/> Прасугрел	<input type="checkbox"/> Прасугрел
<input type="checkbox"/> Тикагрелор	<input type="checkbox"/> Тикагрелор
<input type="checkbox"/> Тиклопидин	<input type="checkbox"/> Тиклопидин
<input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Другое
<input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Если другое, укажите: _____	Если другое, укажите: _____

Other Antithrombotic agents

Select **one** of the following medications given to the patient and tick the box ✓. If you do not know, select **Unknown**.

Before Admission or Routine Visit	Discharge or end of Routine Visit
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> UF heparin <input type="checkbox"/> LMW heparin <input type="checkbox"/> Fondaparinux <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown If other please specify: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> UF heparin <input type="checkbox"/> LMW heparin <input type="checkbox"/> Fondaparinux <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown If other please specify: _____

3.2 Other Pharmacological Treatments

Select **one** of the following medications given to the patient and tick the box ✓. If you do not know, select **Unknown**.

ACE inhibitors

Before Admission or Routine Visit	Discharge or end of Routine Visit
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perindopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Fosinopril <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perindopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Fosinopril <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg

Другие Антикоагулянты

Выберите **один** из следующих препаратов, принимаемых пациентом и отметьте в окошке флажком ✓. Если вы не знаете, выберите **Неизвестно**.

До поступления или посещения врача	При выписке или в конце посещения
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Гепарин <input type="checkbox"/> Низкомолекулярный гепарин <input type="checkbox"/> Фондапаринукс <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно Если другое, укажите: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Гепарин <input type="checkbox"/> Низкомолекулярный гепарин <input type="checkbox"/> Фондапаринукс <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно Если другое, укажите: _____

3.2 Другие лекарственные препараты

Выберите **один** из следующих препаратов, принимаемых пациентом и отметьте в окошке флажком ✓. Если вы не знаете, выберите **Неизвестно**.

Ингибиторы АПФ

До поступления или посещения врача	При выписке или в конце посещения
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Периндоприл <input type="checkbox"/> Рамиприл <input type="checkbox"/> Лизиноприл <input type="checkbox"/> Эналаприл <input type="checkbox"/> Каптоприл <input type="checkbox"/> Фозиноприл <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Периндоприл <input type="checkbox"/> Рамиприл <input type="checkbox"/> Лизиноприл <input type="checkbox"/> Эналаприл <input type="checkbox"/> Каптоприл <input type="checkbox"/> Фозиноприл <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг

ARBs

Before Admission or Routine Visit	Discharge or end of Routine Visit
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Olmesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Olmesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Other <p style="text-align: right;">Daily dose: _____ mg</p>

Блокаторы рецепторов к ангиотензину II

До поступления или посещения врача	При выписке или в конце посещения
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Кандесартан <input type="checkbox"/> Лозартан <input type="checkbox"/> Валсартан <input type="checkbox"/> Олмесартан <input type="checkbox"/> Телмисартан <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Кандесартан <input type="checkbox"/> Лозартан <input type="checkbox"/> Валсартан <input type="checkbox"/> Олмесартан <input type="checkbox"/> Телмисартан <input type="checkbox"/> Другое <p style="text-align: right;">Суточная доза: _____ мг</p>

Beta Blockers

Before Admission or Routine Visit	Discharge or end of Routine Visit
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Nebivolol <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Nebivolol <input type="checkbox"/> Other <p style="text-align: right;">Daily dose: _____ mg</p>

Бета Блокаторы

До поступления или посещения врача	При выписке или в конце посещения
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Атенолол <input type="checkbox"/> Соталол <input type="checkbox"/> Карведилол <input type="checkbox"/> Бисопролол <input type="checkbox"/> Метопролол <input type="checkbox"/> Небиволол <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Атенолол <input type="checkbox"/> Соталол <input type="checkbox"/> Карведилол <input type="checkbox"/> Бисопролол <input type="checkbox"/> Метопролол <input type="checkbox"/> Небиволол <input type="checkbox"/> Другое <p style="text-align: right;">Суточная доза: _____ мг</p>

Mineralocorticoid Antagonists (MRAs)

Before Admission or Routine Visit	Discharge or end of Routine Visit
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Spironolactone <input type="checkbox"/> Eplerenone <input type="checkbox"/> Canrenone <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Spironolactone <input type="checkbox"/> Eplerenone <input type="checkbox"/> Canrenone Daily dose: _____ mg

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

До поступления или посещения врача	При выписке или в конце посещения
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Спиринолактон (Верошпирон) <input type="checkbox"/> Эплеренон <input type="checkbox"/> Канренон <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Спиринолактон (Верошпирон) <input type="checkbox"/> Эплеренон <input type="checkbox"/> Канренон Суточная доза: _____ мг

Diuretics

	Before Admission or Routine Visit			Discharge or end of Routine Visit		Total Daily Dose mg
	No	Yes	Unknown	No	Yes	
Bendrofluazide						
Hydrochlorothiazide						
Indapamide						
Torasemide						
Furosemide						
Bumetanide						
Other						

Диуретики

	До поступления или посещения врача			При выписке или в конце посещения		Суточная доза мг
	Нет	Да	Неизвестно	Нет	Да	
Бендрофлюазид						
Гидрохлоротиазид						
Индапамид						
Торасемид						
Фуросемид						
Буметанид						
Другое						

Other Cardiovascular Medication

	Before Admission or Routine Visit			At discharge or End of Routine Visit	
	No	Yes	Unknown	No	Yes
DRI, AIs/iskiren					
Digoxin					
DHP calcium channel blockers					
Verapamil					
Diltiazem					
Nicorandil					
Amiodarone					
Other antiarrhythmics					
Nitrates					
Ivabradine					
Trimetazidine					
Ranolazine					

Другие сердечно-сосудистые лекарственные препараты

	До поступления или посещения врача			При выписке или в конце посещения	
	Нет	Да	Неизвестно	Нет	Да
ПИР, Алискирен					
Дигоксин					
Дигидропиридиновые БКК					
Верапамил					
Дилтиазем					
Никорандил					
Амиодарон					
Другие антиаритмики					
Нитраты					
Ивабрадин					
Триметазидин					
Ранолазин					

Lipid-Lowering Agents: Statins

Before Admission or Routine Visit	Discharge or end of Routine Visit
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atorvastatin <input type="checkbox"/> Fluvastatin <input type="checkbox"/> Lovastatin <input type="checkbox"/> Pravastatin <input type="checkbox"/> Rosuvastatin <input type="checkbox"/> Simvastatin <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atorvastatin <input type="checkbox"/> Fluvastatin <input type="checkbox"/> Lovastatin <input type="checkbox"/> Pravastatin <input type="checkbox"/> Rosuvastatin <input type="checkbox"/> Simvastatin <p style="text-align: right;">Daily dose: _____ mg</p> <p>If no statin or low statin dose** at discharge:</p> <input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Not Tolerated <input type="checkbox"/> Patient refusal <p>If contraindicated, reason of the contraindication:</p> <input type="checkbox"/> High CK <input type="checkbox"/> Severe liver dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____ <p>If not tolerated, reason of the intolerance:</p> <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Myopathy <input type="checkbox"/> Post treatment liver dysfunction <input type="checkbox"/> Post treatment kidney dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____

** Definition of low dose statin: Atorvastatin <= 10 mg, Fluvastatin <= 40 mg, Lovastatin <= 20 mg, Pravastatin <= 20 mg, Rosuvastatin <= 5 mg, Simvastatin < 20 mg

Липид снижающие препараты: Статины

До поступления или посещения врача	При выписке или в конце посещения
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Аторвастатин <input type="checkbox"/> Флувастатин <input type="checkbox"/> Ловастатин <input type="checkbox"/> Правастатин <input type="checkbox"/> Розувастатин <input type="checkbox"/> Симвастатин <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Аторвастатин <input type="checkbox"/> Флувастатин <input type="checkbox"/> Ловастатин <input type="checkbox"/> Правастатин <input type="checkbox"/> Розувастатин <input type="checkbox"/> Симвастатин <p style="text-align: right;">Суточная доза: _____ мг</p> <p>Если нет статина или низкая доза статина** при выписке:</p> <input type="checkbox"/> Противопоказан <input type="checkbox"/> Непереносимость <input type="checkbox"/> Отказ пациента <p>Если противопоказан, причина противопоказания:</p> <input type="checkbox"/> Высокая КФК <input type="checkbox"/> Тяжелая дисфункция печени <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____ <p>Если непереносимость, причина непереносимости:</p> <input type="checkbox"/> Миалгия <input type="checkbox"/> Миопатия <input type="checkbox"/> Дисфункция печени после лечения <input type="checkbox"/> Дисфункция почек после лечения <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____

** Определение низкой дозы статина: Аторвастатин <= 10 мг, флувастатин <= 40 мг, ловастатин <= 20 мг, правастатин <= 20 мг, розувастатин <= 5 мг, симвастатин <20 мг

Other Lipid Lowering agents

	Before Admission or Routine Visit			At discharge or End of Routine Visit	
	No	Yes	Unknown	No	Yes
Ezetimibe					
Fibrates					
Omega3					
Evolocumab					
Alirocumab					

Другие Липид снижающие препараты

	До поступления или посещения врача			При выписке или в конце посещения	
	Нет	Да	Неизвестно	Нет	Да
Эзетемиб					
Фибраты					
Омега 3					
Эволокумаб					
Алирокумаб					

4 Sign-Off

Answer Yes to the question below to confirm that you have finished and reviewed data collection for accuracy for this patient.

Only completed CRF's will be taken onto consideration for the analysis.

IS THE PATIENT RECORD FORM COMPLETED FOR THIS PATIENT?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
--	--

4 Выход

Ответьте Да на вопрос ниже, чтобы подтвердить, что вы закончили ввод данных, просмотрели введенные данные и подтверждаете точность введенных данных для этого пациента.

Только полностью заполненные CRF будут включены в анализ данных.

ЭТА ФОРМА ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНА ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТА?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
---	--

5 One-Year Follow-Up

Performed: Yes No

If performed, type: Telephone Visit Date (dd mm yyyy): |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

If not performed, Consent withdrawal: Yes No

5.1 Vital status at 1-Year Follow-Up

Vital status: Alive Dead

If dead: date (dd mm yyyy): |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Site of death: Home In public area Nursing home
 Emergency room Hospital Unknown

Mode of death: Non-Sudden Sudden Unknown

Procedure-related: No Yes Unknown

Cause of death : Cardiac Vascular Non-cardiovascular Unknown

If cardiac cause, mode AMI Heart Failure Arrhythmia Other
 Unknown

If other cause, please specify _____

If vascular causes: Ischaemic stroke Haemorrhagic stroke
 Systemic haemorrhage Peripheral embolism
 Pulmonary embolism Unknown

If non-cardiovascular, specify: _____

If alive:

Blood pressure: Systolic |_|_| Diastolic |_|_|

Heart rate |_|_| bpm

Ejection fraction |_|_|% Not available

Heart Failure: Yes No Unknown If yes, NYHA: I II III IV

Angina: Yes No Unknown If yes, CCS class: I II III IV

5 Годичное наблюдение

Выполнено: Да Нет

Если выполнено, тип: По Телефону Визит Дата (дд мм гггг): |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Если не выполнено, отзыв Информированного согласия: Да Нет

5.1 Жизненный статус через 1 год

Жизненный статус: Жив Умер

Если Умер: дата (дд мм гггг): |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Место смерти: Дома В общественном месте Дом престарелых
 Скорая помощь Больница Неизвестно

Вид смерти: Не внезапная Внезапная Неизвестно

Procedure-related: Нет Да Неизвестно

Причина смерти: Сердечная Сосудистая Не
сердечно-сосудистая Неизвестно

Если сердечная причина ОИМ Сердечная недостаточность
 Аритмия Другая Неизвестно

Если другая причина, укажите, пожалуйста, _____

Если сосудистая причина Ишемический инсульт Геморрагический инсульт
 Кровоизлияние Периферическая эмболия
 Легочная эмболия (ТЭЛА) Неизвестно

Если не сердечно-сосудистая причина, укажите: _____

Если жив:

Артериальное давление: Систолическое |_|_| Диастолическое |_|_|

Частота сердечных сокращений |_|_| ударов в минуту

Фракция выброса ЛЖ |_|_|% Неизвестно

Сердечная недостаточность: Да Нет Неизвестно Если Да, NYHA: I
 II III IV

Стенокардия: Да Нет Неизвестно Если Да, ФК: I II III IV

5.2 Clinical visits during the last 12 months:

Cardiology visits: No Yes Unknown If yes, total number

Emergency room admissions: No Yes Unknown If yes, total number

5.2 Визиты в клинику в течение последних 12 месяцев:

Визиты к кардиологу: Нет Да Неизвестно Если ДА, сколько раз

Скорая помощь: Нет Да Неизвестно Если ДА, сколько раз

5.3 Re-Hospitalisation during the last 12 months

Re-Hospitalisation	#1 Since discharge	#2 Since discharge	#3 Since discharge	#4 Since discharge	#5 Since discharge
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
Date of re-hospitalisation dd/mm/yyyy	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
Duration (Days)	_____	_____	_____	_____	_____
Primary Cause:					
CAD-related	<input type="checkbox"/>				
HF-related	<input type="checkbox"/>				
Other cardiac	<input type="checkbox"/>				
Vascular	<input type="checkbox"/>				
Non-CV:					
Infections	<input type="checkbox"/>				
Malignancies	<input type="checkbox"/>				
Renal dysfunction	<input type="checkbox"/>				
Liver dysfunction	<input type="checkbox"/>				
Other	<input type="checkbox"/>				

5.3 Повторные Госпитализации в течение последних 12 месяцев

Повторные Госпитализации	#1 Since discharge	#2 Since discharge	#3 Since discharge	#4 Since discharge	#5 Since discharge
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Дата госпитализации дд/мм/гггг	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
Длительность (Дней)	_____	_____	_____	_____	_____
Первичная причина:					
ИБС	<input type="checkbox"/>				
СН	<input type="checkbox"/>				
Другая сердечная	<input type="checkbox"/>				
Сосудистая	<input type="checkbox"/>				
Не сердечно-сосудистая:					
Инфекция	<input type="checkbox"/>				
Онкология	<input type="checkbox"/>				
Болезни почек	<input type="checkbox"/>				
Болезни печени	<input type="checkbox"/>				
Другая	<input type="checkbox"/>				

5.4 Electrocardiogram since Discharge

ECG performed: No Yes Unknown If performed date (dd mm yyyy):
 |__| |__| |__| |__|

Rhythm: Sinus Atrial fibrillation Atrial flutter Pacemaker
 Other Unknown

Heart rate: ____ bpm

Bundle branch block: No Yes

If yes, RBBB LBBB Other

QRS-duration: |____| ms

ST depression: No Yes Unknown

ST elevation: No Yes Unknown

Negative T-waves: No Yes Unknown

QT interval: |____| msec

QTc Bazett and QTc Fridericia : Calculated automatically in eCRF

5.4 Электрокардиограмма (последняя)

ЭКГ выполнена: Нет Да Неизвестно Если выполнена, дата выполнения (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Ритм: Синусовый Фибрилляция предсердий Трепетание предсердий
 ЭКС Другое Неизвестно

Частота сердечных сокращений: ____ ударов в минуту

Блокада НПП: Нет Да

Если Да, БПНПГ БЛНПГ Другая

QRS-длительность: |____| мсек

Депрессия ST: Нет Да Неизвестно

Элевация ST: Нет Да Неизвестно

Отриц. T: Нет Да Неизвестно

QT интервал: |____| мсек

QTc Bazett и QTc Fridericia: Вычисляется автоматически в eCRF

5.5 One-Year Follow-Up Lab Values

Blood test performed No Yes

If yes, collection date (dd mm yyyy): |__| |__| |__| |__|

Total cholesterol: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

LDL: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

S-Creatinine: ____ Unit: mg/dL μmol/L Unknown

Fasting glucose: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

5.5 Лабораторные исследования через 1 год наблюдения (последние)

Анализ крови выполнен: Нет Да

Если выполнен, дата забора крови (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Общий ХС: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

ХС ЛПНП: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

Креатинин: ____ Ед: мг/дл мкмоль/л Неизвестно

Глюкоза: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

5.6 One-Year Follow-Up Medication

Please enter medications in sections 5.6 & 5.7 that patient will take at the end of the contact/visit

	At Follow up 1 year		
	No	Yes	Unknown
Oral anticoagulant drugs			
Vit K antagonists			
Dabigatran			
Rivaroxaban			
Apixaban			
Antiplatelet drugs			
ASA			
Clopidogrel			
Prasugrel			
Ticagrelor			
Ticlopidine			
Other			
If other please specify:	_____		
Other Antithrombotics agents			
UF Heparin			
LMW Heparin			
Fondaparinux			
Other			
If other, specify:	_____		

5.6 Медикаментозное лечение через 1 год наблюдения

В разделах 5.6 и 5.7 отметьте, пожалуйста, те лекарственные препараты, которые пациент будет принимать после телефонного контакта / посещения

	Лечение при последующем наблюдении		
	Нет	Да	Неизвестно
Оральные антикоагулянты			
Антагонисты вит. К			
Дабигатран			
Ривароксабан			
Апиксабан			
Антиагреганты			
АСК			
Клопидогрел			
Прасугрел			
Тикагрелор			
Тиклопидин			
Другое			
Если другое, укажите:	_____		
Другие Антикоагулянты			
Гепарин			
Низкомолекулярный гепарин			
Фондапаринукс			
Другое			
Если другое, укажите:	_____		

5.7 Other Pharmacological Treatments at One Year

At Follow up 1 year		
ACE-inhibitors	ARBs	Beta Blockers
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perindopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Fosinopril <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Olmesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Nebivolol <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg
Mineralocorticoid Antagonists (MRAs)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Spironolactone <input type="checkbox"/> Eplerenone <input type="checkbox"/> Canrenone Daily dose: _____ mg		

5.7 Другое Медикаментозное лечение через 1 год наблюдения

Лечение при последующем наблюдении		
Ингибиторы АПФ	БРА	Бета Блокаторы
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Периндоприл <input type="checkbox"/> Рамиприл <input type="checkbox"/> Лизиноприл <input type="checkbox"/> Эналаприл <input type="checkbox"/> Каптоприл <input type="checkbox"/> Фозиноприл <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Кандесартан <input type="checkbox"/> Лозартан <input type="checkbox"/> Валсартан <input type="checkbox"/> Олмесартан <input type="checkbox"/> Телмисартан <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Атенолол <input type="checkbox"/> Соталол <input type="checkbox"/> Карведилол <input type="checkbox"/> Бисопролол <input type="checkbox"/> Метопролол <input type="checkbox"/> Небиволол <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов		
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Спинолактон (Верошпирон) <input type="checkbox"/> Эплеренон <input type="checkbox"/> Канренон Суточная доза: _____ мг		

Diuretics

	At Follow up 1 year	
	No	Yes
Bendrofluazide		
Hydrochlorotiazide		
Indapamide		
Torasemide		
Furosemide		
Bumetanide		
Other		

Диуретики

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Да
Бендрофлюазид		
Гидрохлоротиазид		
Индапамид		
Торасемид		
Фуросемид		
Буметанид		
Другое		

Other Cardiovascular Medication

	At Follow up 1 year	
	No	Yes
DRI, Aliskiren		
Digoxin		
DHP calcium channel blockers		
Verapamil		
Diltiazem		
Nicorandil		
Amiodarone		
Other antiarrhythmics		
Nitrates		
Ivabradine		
Trimetazidine		
Ranolazine		

Другие сердечно-сосудистые лекарственные препараты

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Да
ПИР, Алискирен		
Дигоксин		
Дигидропиридиновые БКК		
Верапамил		
Дилтиазем		
Никорандил		
Амиодарон		
Другие антиаритмики		
Нитраты		
Ивабрадин		
Триметазидин		
Ранолазин		

Lipid-Lowering Agents: Statins

At Follow up 1 year
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atorvastatin <input type="checkbox"/> Fluvastatin <input type="checkbox"/> Lovastatin <input type="checkbox"/> Pravastatin <input type="checkbox"/> Rosuvastatin <input type="checkbox"/> Simvastatin
Daily dose: _____ mg
If no statin or low statin dose ** or since discharge: - reduction in dose by any amount or - change from high potency statin (atorvastatin, rosuvastatin, simvastatin) to low potency (fluvastatin, lovastatin, pravastatin)
<input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Not Tolerated <input type="checkbox"/> Patient refusal
If contraindicated, reason of the contraindication: <input type="checkbox"/> High CK <input type="checkbox"/> Severe liver dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____
If not tolerated, reason of the intolerance: <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Myopathy <input type="checkbox"/> Post treatment liver dysfunction <input type="checkbox"/> Post treatment kidney dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____

** Definition of low dose statin: Atorvastatin < 10 mg, Fluvastatin <= 40 mg, Lovastatin <= 20 mg, Pravastatin <= 20 mg, Rosuvastatin < 5 mg, Simvastatin < 20 mg

Липид снижающие препараты: Статины

Лечение при последующем наблюдении
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Аторвастатин <input type="checkbox"/> Флувастатин <input type="checkbox"/> Ловастатин <input type="checkbox"/> Правастатин <input type="checkbox"/> Розувастатин <input type="checkbox"/> Симвастатин
Суточная доза: _____ мг
Если нет статина или низкая доза статина** или с момента выписки: - Снижение дозы на любую величину или - Переход от высокоэффективных (аторвастатина, розувастатина, симвастатина) на низкоэффективные (флувастатин, ловастатин, правастатин)
<input type="checkbox"/> Противопоказан <input type="checkbox"/> Непереносимость <input type="checkbox"/> Отказ пациента
Если противопоказан, причина противопоказания: <input type="checkbox"/> Высокая КФК <input type="checkbox"/> Тяжелая дисфункция печени <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____
Если непереносимость, причина непереносимости: <input type="checkbox"/> Миалгия <input type="checkbox"/> Миопатия <input type="checkbox"/> Дисфункция печени после лечения <input type="checkbox"/> Дисфункция почек после лечения <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____

** Определение низкой дозы статина: Аторвастатин <10мг, флувастатин <=40мг, ловастатин <=20мг, правастатин <=20мг, розувастатин <=5мг, симвастатин <20мг

Other Lipid Lowering Agents

	At Follow up 1 year	
	No	Yes
Ezetimibe		
Fibrates		
Omega3		
Evolocumab		
Alirocumab		

Другие Липид снижающие препараты

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Нет
Эзетемиб		
Фибраты		
Омега 3		
Эволокумаб		
Алирокумаб		

5.8 Quality of Life Questionnaire: EurQol EQ-5D-5L

Please leave the patient to complete the questionnaire, after reading the EuroQoL user guide (both documents downloadable from the website).

Please transfer the scores to the electronic CRF.

Questionnaire **not** fully completed by the patient (Tick to confirm)

5.8 Опросник по качеству жизни EurQol EQ-5D-5L

Пожалуйста, оставьте пациента для заполнения опросника после прочтения инструкции EuroQoL (оба документа можно загрузить с веб-сайта).

Пожалуйста, введите баллы в электронную CRF.

Анкета не полностью заполнена пациентом (Отметьте для подтверждения)

5.9 One-Year Follow-Up CRF Completed, sign-off

Answer Yes to the question below to confirm that you have finished and reviewed data collection for accuracy for this patient.

Only completed CRF's will be taken onto consideration for the analysis.

PATIENT RECORD FORM COMPLETED FOR THIS PATIENT? No Yes

5.9 Выход

Ответьте Да на вопрос ниже, чтобы подтвердить, что вы закончили ввод данных, просмотрели введенные данные и подтверждаете точность введенных данных для этого пациента.

Только полностью заполненные CRF будут включены в анализ данных.

ЭТА ФОРМА ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНА ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТА? Нет Да

6 Two-Year Follow-Up

Performed: Yes No

If performed, type: Telephone Visit Date (dd mm yyyy): |__| |__| |__| |__|

If not performed, Consent withdrawal: Yes No

6.1 Vital status at Two-Years

Vital status: Alive Dead

If dead: date (dd mm yyyy): |__| |__| |__| |__|

Site of death: Home In public area Nursing home
 Emergency room Hospital Unknown

Mode of death: Non-Sudden Sudden Unknown

Procedure-related: No Yes Unknown

Cause of death : Cardiac Vascular Non-cardiovascular Unknown

If cardiac cause, mode AMI Heart Failure Arrhythmia Other
 Unknown

If other cause, please specify _____

If vascular causes: Ischaemic stroke Haemorrhagic stroke
 Systemic haemorrhage Peripheral embolism
 Pulmonary embolism Unknown

If non-cardiovascular, specify: _____

If alive:

Blood pressure: Systolic |____| Diastolic |____|

Heart rate |____| bpm

Ejection fraction |____|% Not available

Heart Failure: Yes No Unknown If yes, NYHA: I II III IV

Angina: Yes No Unknown If yes, CCS class: I II III IV

6 Два года наблюдения

Выполнено: Да Нет

Если выполнено, тип: По Телефону Визит Дата (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Если не выполнено, отзыв Информированного согласия: Да Нет

6.1 Жизненный статус через 2 года

Жизненный статус: Жив Умер

Если Умер: дата (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Место смерти: Дома В общественном месте Дом престарелых
 Скорая помощь Больница Неизвестно

Вид смерти: Не внезапная Внезапная Неизвестно

Procedure-related: Нет Да Неизвестно

Причина смерти: Сердечная Сосудистая Не
 сердечно-сосудистая Неизвестно

Если сердечная причина ОИМ Сердечная недостаточность
 Аритмия Другая Неизвестно

Если другая причина, укажите, пожалуйста, _____

Если сосудистая причина: Ишемический инсульт Геморрагический инсульт
 Кровоизлияние Периферическая эмболия
 Легочная эмболия (ТЭЛА) Неизвестно

Если не сердечно-сосудистая причина, укажите: _____

Если жив:

Артериальное давление: Систолическое |____| Диастолическое |____|

Частота сердечных сокращений |____| ударов в минуту

Фракция выброса ЛЖ |____|% Неизвестно

Сердечная недостаточность: Да Нет Неизвестно Если Да, NYHA: I
 II III IV

Стенокардия: Да Нет Неизвестно Если Да, ФК: I II III IV

6.2 Clinical visits during the last 12 months:

Cardiology visits: No Yes Unknown If yes, total number

Emergency room admissions: No Yes Unknown If yes, total number

6.2 Визиты в клинику в течение последних 12 месяцев:

Визиты к кардиологу: Нет Да Неизвестно Если ДА, сколько раз

Скорая помощь: Нет Да Неизвестно Если ДА, сколько раз

6.3 Re-Hospitalisation during the last 12 months

Re-Hospitalisation	#1 Since 1-year follow-up	#2 Since 1-year follow-up	#3 Since 1-year follow-up	#4 Since 1-year follow-up	#5 Since 1-year follow-up
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
Date of re-hospitalisation dd/mm/yyyy	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Duration (Days)	_____	_____	_____	_____	_____
Primary Cause:					
CAD-related	<input type="checkbox"/>				
HF-related	<input type="checkbox"/>				
Other cardiac	<input type="checkbox"/>				
Vascular	<input type="checkbox"/>				
Non-CV:					
Infections	<input type="checkbox"/>				
Malignancies	<input type="checkbox"/>				
Renal dysfunction	<input type="checkbox"/>				
Liver dysfunction	<input type="checkbox"/>				
Other	<input type="checkbox"/>				

6.3 Повторные Госпитализации в течение последних 12 месяцев

Повторные Госпитализации	#1 Since 1-year follow-up	#2 Since 1-year follow-up	#3 Since 1-year follow-up	#4 Since 1-year follow-up	#5 Since 1-year follow-up
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Дата госпитализации дд/мм/гггг	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Длительность (Дней)	_____	_____	_____	_____	_____
Первичная причина:					
ИБС	<input type="checkbox"/>				
СН	<input type="checkbox"/>				
Другая сердечная	<input type="checkbox"/>				
Сосудистая	<input type="checkbox"/>				
Не сердечно-сосудистая:					
Инфекция	<input type="checkbox"/>				
Онкология	<input type="checkbox"/>				
Болезни почек	<input type="checkbox"/>				
Болезни печени	<input type="checkbox"/>				
Другая	<input type="checkbox"/>				

6.4 Electrocardiogram since One-Year Follow-Up Visit

ECG performed: No Yes Unknown If performed date (dd mm yyyy):
 |__| |__| |__| |__|

Rhythm: Sinus Atrial fibrillation Atrial flutter Pacemaker
 Other Unknown

Heart rate: ____ bpm

Bundle branch block: No Yes

If yes, RBBB LBBB Other

QRS-duration: |____| ms ST depression: No Yes Unknown

ST elevation: No Yes Unknown Negative T-waves: No Yes Unknown

QT interval: |____| msec

QTc Bazett and QTc Fridericia : Calculated automatically in eCRF

6.5 Two-Year Follow-Up Lab Values

Blood test performed No Yes

If yes, collection date (dd mm yyyy): |__| |__| |__| |__|

Total cholesterol: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

LDL: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

S-Creatinine: ____ Unit: mg/dL μmol/L Unknown

Fasting glucose: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

6.4 Электрокардиограмма после визита 1 год наблюдения (полюдня)

ЭКГ выполнена: Нет Да Неизвестно Если выполнена, дата выполнения (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Ритм: Синусовый Фибрилляция предсердий Трепетание предсердий
 ЭКС Другое Неизвестно

Частота сердечных сокращений: ____ ударов в минуту

Блокада НПП: Нет Да

Если Да, БПНПП БЛНПП Другая

QRS-длительность: |____| msec Депрессия ST: Нет Да Неизвестно

Элевация ST: Нет Да Неизвестно Отриц. T: Нет Да Неизвестно

QT интервал: |____| msec

QTc Bazett и QTc Fridericia: Вычисляется автоматически в eCRF

6.5 Лабораторные исследования через 2 года наблюдения (последние)

Анализ крови выполнен: Нет Да

Если выполнен, дата забора крови (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Общий ХС: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

ХС ЛПНП: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

Креатинин: ____ Ед: мг/дл мкмоль/л Неизвестно

Глюкоза: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

6.6 Two -Year Follow-Up Medication

Please enter medications in sections 6.6 & 6.7 that patient will take at the end of the contact/visit

	At Follow up 2 years		
	No	Yes	Unknown
Oral anticoagulant drugs			
Vit K antagonists			
Dabigatran			
Rivaroxaban			
Apixaban			
Antiplatelet drugs			
ASA			
Clopidogrel			
Prasugrel			
Ticagrelor			
Ticlopidine			
Other			
If other please specify:	_____		
Other Antithrombotics agents			
UF Heparin			
LMW Heparin			
Fondaparinux			
Other			
If other, specify:	_____		

6.6 Медикаментозное лечение через 2 года наблюдения

В разделах 6.6 и 6.7 отметьте, пожалуйста, те лекарственные препараты, которые пациент будет принимать после телефонного контакта / посещения

	Лечение при последующем наблюдении		
	Нет	Да	Неизвестно
Оральные антикоагулянты			
Антагонисты вит. К			
Дабигатран			
Ривароксабан			
Апиксабан			
Антиагреганты			
АСК			
Клопидогрел			
Прасугрел			
Тикагрелор			
Тиклопидин			
Другое			
Если другое, укажите:	_____		
Другие Антикоагулянты			
Гепарин			
Низкомолекулярный гепарин			
Фондапаринукс			
Другое			
Если другое, укажите:	_____		

6.7 Other Pharmacological Treatments at Two Years

At Follow up 2 years		
ACE-inhibitors	ARBs	Beta Blockers
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perindopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Fosinopril <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Olmesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Nebivolol <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg
Mineralocorticoid Antagonists (MRAs)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Spironolactone <input type="checkbox"/> Eplerenone <input type="checkbox"/> Canrenone Daily dose: _____ mg		

6.7 Другое Медикаментозное лечение через 2 года наблюдения

Лечение при последующем наблюдении		
Ингибиторы АПФ	БРА	Бета Блокаторы
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Периндоприл <input type="checkbox"/> Рамиприл <input type="checkbox"/> Лизиноприл <input type="checkbox"/> Эналаприл <input type="checkbox"/> Каптоприл <input type="checkbox"/> Фозиноприл <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Кандесартан <input type="checkbox"/> Лозартан <input type="checkbox"/> Валсартан <input type="checkbox"/> Олмесартан <input type="checkbox"/> Телмисартан <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Атенолол <input type="checkbox"/> Соталол <input type="checkbox"/> Карведилол <input type="checkbox"/> Бисопролол <input type="checkbox"/> Метопролол <input type="checkbox"/> Небиволол <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов		
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Спинолактон (Верошпирон) <input type="checkbox"/> Эплеренон <input type="checkbox"/> Канренон Суточная доза: _____ мг		

Diuretics

	At Follow up 2 years	
	No	Yes
Bendrofluazide		
Hydrochlorotiazide		
Indapamide		
Torasemide		
Furosemide		
Bumetanide		
Other		

Диуретики

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Да
Бендрофлюазид		
Гидрохлоротиазид		
Индапамид		
Торасемид		
Фуросемид		
Буметанид		
Другое		

Other Cardiovascular Medication

	At Follow up 2 years	
	No	Yes
DRI, Aliskiren		
Digoxin		
DHP calcium channel blockers		
Verapamil		
Diltiazem		
Nicorandil		
Amiodarone		
Other antiarrhythmics		
Nitrates		
Ivabradine		
Trimetazidine		
Ranolazine		

Другие сердечно-сосудистые лекарственные препараты

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Да
ПИР, Алискирен		
Дигоксин		
Дигидропиридиновые БКК		
Верапамил		
Дилтиазем		
Никорандил		
Амиодарон		
Другие антиаритмики		
Нитраты		
Ивабрадин		
Триметазидин		
Ранолазин		

Lipid-Lowering Agents: Statins

At Follow up 2 years
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atorvastatin <input type="checkbox"/> Fluvastatin <input type="checkbox"/> Lovastatin <input type="checkbox"/> Pravastatin <input type="checkbox"/> Rosuvastatin <input type="checkbox"/> Simvastatin
Daily dose: _____ mg
If no statin or low statin dose ** or since discharge: - reduction in dose by any amount or - change from high potency statin (atorvastatin, rosuvastatin, simvastatin) to low potency (fluvastatin, lovastatin, pravastatin)
<input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Not Tolerated <input type="checkbox"/> Patient refusal
If contraindicated, reason of the contraindication: <input type="checkbox"/> High CK <input type="checkbox"/> Severe liver dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____
If not tolerated, reason of the intolerance: <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Myopathy <input type="checkbox"/> Post treatment liver dysfunction <input type="checkbox"/> Post treatment kidney dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____

** Definition of low dose statin: Atorvastatin < 10 mg, Fluvastatin <= 40 mg, Lovastatin <= 20 mg, Pravastatin <= 20 mg, Rosuvastatin < 5 mg, Simvastatin < 20 mg

Липид снижающие препараты: Статины

Лечение при последующем наблюдении
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Аторвастатин <input type="checkbox"/> Флувастатин <input type="checkbox"/> Ловастатин <input type="checkbox"/> Правастатин <input type="checkbox"/> Розувастатин <input type="checkbox"/> Симвастатин
Суточная доза: _____ мг
Если нет статина или низкая доза статина** или с момента выписки: - Снижение дозы на любую величину или - Переход от высокоэффективных (аторвастатина, розувастатина, симвастатина) на низкоэффективные (флувастатин, ловастатин, правастатин)
<input type="checkbox"/> Противопоказан <input type="checkbox"/> Непереносимость <input type="checkbox"/> Отказ пациента
Если противопоказан, причина противопоказания: <input type="checkbox"/> Высокая КФК <input type="checkbox"/> Тяжелая дисфункция печени <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____
Если непереносимость, причина непереносимости: <input type="checkbox"/> Миалгия <input type="checkbox"/> Миопатия <input type="checkbox"/> Дисфункция печени после лечения <input type="checkbox"/> Дисфункция почек после лечения <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____

** Определение низкой дозы статина: Аторвастатин <10мг, флувастатин <=40мг, ловастатин <=20мг, правастатин <=20мг, розувастатин <=5мг, симвастатин <20мг

Other Lipid Lowering Agents

	At Follow up 2 years	
	No	Yes
Ezetimibe		
Fibrates		
Omega3		
Evolocumab		
Alirocumab		

6.8 Two-Year Follow-Up Quality of Life Questionnaire: EurQol EQ-5D-5L

Please leave the patient to complete the questionnaire, after reading the EuroQoL user guide (both documents downloadable from the website).

Please transfer the scores to the electronic CRF.

Questionnaire **not** fully completed by the patient (Tick to confirm)

6.9 Two -Year Follow-Up CRF Completed, sign-off

Answer Yes to the question below to confirm that you have finished and reviewed data collection for accuracy for this patient.

Only completed CRF's will be taken onto consideration for the analysis.

PATIENT RECORD FORM COMPLETED FOR THIS PATIENT?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
--	--

Другие Липид снижающие препараты

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Нет
Эзетемиб		
Фибраты		
Омега 3		
Эволокумаб		
Алирокумаб		

6.8 Опросник по качеству жизни EurQol EQ-5D-5L

Пожалуйста, оставьте пациента для заполнения опросника после прочтения инструкции EuroQoL (оба документа можно загрузить с веб-сайта).

Пожалуйста, введите баллы в электронную CRF.

Анкета не полностью заполнена пациентом (Отметьте для подтверждения)

6.9 Выход

Ответьте Да на вопрос ниже, чтобы подтвердить, что вы закончили ввод данных, просмотрели введенные данные и подтверждаете точность введенных данных для этого пациента.

Только полностью заполненные CRF будут включены в анализ данных.

ЭТА ФОРМА ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНА ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТА?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
---	--

7 Three-Year Follow -Up

Performed: Yes No

If performed, type: Telephone Visit Date (dd mm yyyy): |__| |__| |__| |__|

If not performed, Consent withdrawal: Yes No

7.1 Vital status at Three-Years

Vital status: Alive Dead

If dead: date (dd mm yyyy): |__| |__| |__| |__|

Site of death: Home In public area Nursing home
 Emergency room Hospital Unknown

Mode of death: Non-Sudden Sudden Unknown

Procedure-related: No Yes Unknown

Cause of death : Cardiac Vascular Non-cardiovascular Unknown

If cardiac cause, mode AMI Heart Failure Arrhythmia Other
 Unknown

If other cause, please specify _____

If vascular causes: Ischaemic stroke Haemorrhagic stroke
 Systemic haemorrhage Peripheral embolism
 Pulmonary embolism Unknown

If non-cardiovascular, specify: _____

If alive:

Blood pressure: Systolic |____| Diastolic |____|

Heart rate |____| bpm

Ejection fraction |____|% Not available

Heart Failure: Yes No Unknown If yes, NYHA: I II III IV

Angina: Yes No Unknown If yes, CCS class: I II III IV

7 Три года наблюдения

Выполнено: Да Нет

Если выполнено, тип: По Телефону Визит Дата (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Если не выполнено, отзыв Информированного согласия: Да Нет

7.1 Жизненный статус через 3 года

Жизненный статус: Жив Умер

Если Умер: дата (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Место смерти: Дома В общественном месте Дом престарелых
 Скорая помощь Больница Неизвестно

Вид смерти: Не внезапная Внезапная Неизвестно

Procedure-related: Нет Да Неизвестно

Причина смерти: Сердечная Сосудистая Не
сердечно-сосудистая Неизвестно

Если сердечная причина ОИМ Сердечная недостаточность
 Аритмия Другая Неизвестно

Если другая причина, укажите, пожалуйста, _____

Если сосудистая причина: Ишемический инсульт Геморрагический инсульт
 Кровоизлияние Периферическая эмболия
 Легочная эмболия (ТЭЛА) Неизвестно

Если не сердечно-сосудистая причина, укажите: _____

Если жив:

Артериальное давление: Систолическое |____| Диастолическое |____|

Частота сердечных сокращений |____| ударов в минуту

Фракция выброса ЛЖ |____|% Неизвестно

Сердечная недостаточность: Да Нет Неизвестно Если Да, NYHA: I
 II III IV

Стенокардия: Да Нет Неизвестно Если Да, ФК: I II III IV

7.2 Clinical visits during the last 12 months:

Cardiology visits: No Yes Unknown If yes, total number

Emergency room admissions: No Yes Unknown If yes, total number

7.2 Визиты в клинику в течение последних 12 месяцев:

Визиты к кардиологу: Нет Да Неизвестно Если ДА, сколько раз

Скорая помощь: Нет Да Неизвестно Если ДА, сколько раз

7.3 Re-Hospitalisation during the last 12 months

Re-Hospitalisation	#1 Since 2-year follow-up	#2 Since 2-year follow-up	#3 Since 2-year follow-up	#4 Since 2-year follow-up	#5 Since 2-year follow-up
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
Date of re-hospitalisation dd/mm/yyyy	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Duration (Days)	_____	_____	_____	_____	_____
Primary Cause:					
CAD-related	<input type="checkbox"/>				
HF-related	<input type="checkbox"/>				
Other cardiac	<input type="checkbox"/>				
Vascular	<input type="checkbox"/>				
Non-CV:					
Infections	<input type="checkbox"/>				
Malignancies	<input type="checkbox"/>				
Renal dysfunction	<input type="checkbox"/>				
Liver dysfunction	<input type="checkbox"/>				
Other	<input type="checkbox"/>				

7.3 Повторные Госпитализации в течение последних 12 месяцев

Повторные Госпитализации	#1 Since 2-year follow-up	#2 Since 2-year follow-up	#3 Since 2-year follow-up	#4 Since 2-year follow-up	#5 Since 2-year follow-up
	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Дата госпитализации дд/мм/гггг	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Длительность (Дней)	_____	_____	_____	_____	_____
Первичная причина:					
ИБС	<input type="checkbox"/>				
СН	<input type="checkbox"/>				
Другая сердечная	<input type="checkbox"/>				
Сосудистая	<input type="checkbox"/>				
Не сердечно-сосудистая:					
Инфекция	<input type="checkbox"/>				
Онкология	<input type="checkbox"/>				
Болезни почек	<input type="checkbox"/>				
Болезни печени	<input type="checkbox"/>				
Другая	<input type="checkbox"/>				

7.4 Electrocardiogram since Two-Year Follow-Up Visit

ECG performed: No Yes Unknown If performed date (dd mm yyyy):
 |__| |__| |__| |__|

Rhythm: Sinus Atrial fibrillation Atrial flutter Pacemaker
 Other Unknown

Heart rate: ____ bpm

Bundle branch block: No Yes

If yes, RBBB LBBB Other

QRS-duration: |____| ms ST depression: No Yes Unknown

ST elevation: No Yes Unknown Negative T-waves: No Yes Unknown

QT interval: |____| msec

QTc Bazett and QTc Fridericia : Calculated automatically in eCRF

7.4 Электрокардиограмма после визита 2 года наблюдения (поledняя)

ЭКГ выполнена: Нет Да Неизвестно Если выполнена, дата выполнения (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Ритм: Синусовый Фибрилляция предсердий Трепетание предсердий
 ЭКС Другое Неизвестно

Частота сердечных сокращений: ____ ударов в минуту

Блокада НПП: Нет Да

Если Да, БПНПП БЛНПП Другая

QRS-длительность: |____| мсек Депрессия ST: Нет Да Неизвестно

Элевация ST: Нет Да Неизвестно Отриц. T: Нет Да Неизвестно

QT интервал: |____| мсек

QTc Bazett и QTc Fridericia: Вычисляется автоматически в eCRF

7.5 Three-Year Follow-Up Lab Values

Blood test performed No Yes

If yes, collection date (dd mm yyyy): |__| |__| |__| |__|

Total cholesterol: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

LDL: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

S-Creatinine: ____ Unit: mg/dL μmol/L Unknown

Fasting glucose: ____ Unit: mg/dL mmol/L Unknown

7.5 Лабораторные исследования через 3 года наблюдения (последние)

Анализ крови выполнен: Нет Да

Если выполнен, дата забора крови (дд мм гггг): |__| |__| |__| |__|

Общий ХС: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

ХС ЛПНП: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

Креатинин: ____ Ед: мг/дл мкмоль/л Неизвестно

Глюкоза: ____ Ед: мг/дл ммоль/л Неизвестно

7.6 Three -Year Follow-Up Medication

Please enter medications in sections 7.6 & 7.7 that patient will take at the end of the contact/visit

	At Follow up 3 years		
	No	Yes	Unknown
Oral anticoagulant drugs			
Vit K antagonists			
Dabigatran			
Rivaroxaban			
Apixaban			
Antiplatelet drugs			
ASA			
Clopidogrel			
Prasugrel			
Ticagrelor			
Ticlopidine			
Other			
If other please specify:	_____		
Other Antithrombotics agents			
UF Heparin			
LMW Heparin			
Fondaparinux			
Other			
If other, specify:	_____		

7.6 Медикаментозное лечение через 3 года наблюдения

В разделах 7.6 и 7.7 отметьте, пожалуйста, те лекарственные препараты, которые пациент будет принимать после телефонного контакта / посещения

	Лечение при последующем наблюдении		
	Нет	Да	Неизвестно
Оральные антикоагулянты			
Антагонисты вит. К			
Дабигатран			
Ривароксабан			
Апиксабан			
Антиагреганты			
АСК			
Клопидогрел			
Прасугрел			
Тикагрелор			
Тиклопидин			
Другое			
Если другое, укажите:	_____		
Другие Антикоагулянты			
Гепарин			
Низкомолекулярный гепарин			
Фондапаринукс			
Другое			
Если другое, укажите:	_____		

7.7 Other Pharmacological Treatments at Three Years

At Follow up 3 years		
ACE-inhibitors	ARBs	Beta Blockers
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perindopril <input type="checkbox"/> Ramipril <input type="checkbox"/> Lisinopril <input type="checkbox"/> Enalapril <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Fosinopril <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Candesartan <input type="checkbox"/> Losartan <input type="checkbox"/> Valsartan <input type="checkbox"/> Olmesartan <input type="checkbox"/> Telmisartan <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atenolol <input type="checkbox"/> Sotalol <input type="checkbox"/> Carvedilol <input type="checkbox"/> Bisoprolol <input type="checkbox"/> Metoprolol <input type="checkbox"/> Nebivolol <input type="checkbox"/> Other Daily dose: _____ mg
Mineralocorticoid Antagonists (MRAs)		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Spironolactone <input type="checkbox"/> Eplerenone <input type="checkbox"/> Canrenone Daily dose: _____ mg		

7.7 Другое Медикаментозное лечение через 3 года наблюдения

Лечение при последующем наблюдении		
Ингибиторы АПФ	БРА	Бета Блокаторы
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Периндоприл <input type="checkbox"/> Рамиприл <input type="checkbox"/> Лизиноприл <input type="checkbox"/> Эналаприл <input type="checkbox"/> Каптоприл <input type="checkbox"/> Фозиноприл <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Кандесартан <input type="checkbox"/> Лозартан <input type="checkbox"/> Валсартан <input type="checkbox"/> Олмесартан <input type="checkbox"/> Телмисартан <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Атенолол <input type="checkbox"/> Соталол <input type="checkbox"/> Карведилол <input type="checkbox"/> Бисопролол <input type="checkbox"/> Метопролол <input type="checkbox"/> Небиволол <input type="checkbox"/> Другое Суточная доза: _____ мг
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов		
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Спиринолактон (Верошпирон) <input type="checkbox"/> Эплеренон <input type="checkbox"/> Канренон Суточная доза: _____ мг		

Diuretics

	At Follow up 3 years	
	No	Yes
Bendrofluazide		
Hydrochlorotiazide		
Indapamide		
Torasemide		
Furosemide		
Bumetanide		
Other		

Диуретики

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Да
Бендрофлюазид		
Гидрохлоротиазид		
Индапамид		
Торасемид		
Фуросемид		
Буметанид		
Другое		

Other Cardiovascular Medication

	At Follow up 3 years	
	No	Yes
DRI, Aliskiren		
Digoxin		
DHP calcium channel blockers		
Verapamil		
Diltiazem		
Nicorandil		
Amiodarone		
Other antiarrhythmics		
Nitrates		
Ivabradine		
Trimetazidine		
Ranolazine		

Другие сердечно-сосудистые лекарственные препараты

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Да
ПИР, Алискирен		
Дигоксин		
Дигидропиридиновые БКК		
Верапамил		
Дилтиазем		
Никорандил		
Амиодарон		
Другие антиаритмики		
Нитраты		
Ивабрадин		
Триметазидин		
Ранолазин		

Lipid-Lowering Agents: Statins

At Follow up 3 years
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Atorvastatin <input type="checkbox"/> Fluvastatin <input type="checkbox"/> Lovastatin <input type="checkbox"/> Pravastatin <input type="checkbox"/> Rosuvastatin <input type="checkbox"/> Simvastatin
Daily dose: _____ mg
If no statin or low statin dose ** or since discharge: - reduction in dose by any amount or - change from high potency statin (atorvastatin, rosuvastatin, simvastatin) to low potency (fluvastatin, lovastatin, pravastatin)
<input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Not Tolerated <input type="checkbox"/> Patient refusal
If contraindicated, reason of the contraindication: <input type="checkbox"/> High CK <input type="checkbox"/> Severe liver dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____
If not tolerated, reason of the intolerance: <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Myopathy <input type="checkbox"/> Post treatment liver dysfunction <input type="checkbox"/> Post treatment kidney dysfunction <input type="checkbox"/> Other If other, specify : _____

** Definition of low dose statin: Atorvastatin < 10 mg, Fluvastatin <= 40 mg, Lovastatin <= 20 mg, Pravastatin <= 20 mg, Rosuvastatin < 5 mg, Simvastatin < 20 mg

Липид снижающие препараты: Статины

Лечение при последующем наблюдении
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Аторвастатин <input type="checkbox"/> Флувастатин <input type="checkbox"/> Ловастатин <input type="checkbox"/> Правастатин <input type="checkbox"/> Розувастатин <input type="checkbox"/> Симвастатин
Суточная доза: _____ мг
Если нет статина или низкая доза статина** или с момента выписки: - Снижение дозы на любую величину или - Переход от высокоэффективных (аторвастатина, розувастатина, симвастатина) на низкоэффективные (флувастатин, ловастатин, правастатин)
<input type="checkbox"/> Противопоказан <input type="checkbox"/> Непереносимость <input type="checkbox"/> Отказ пациента
Если противопоказан, причина противопоказания: <input type="checkbox"/> Высокая КФК <input type="checkbox"/> Тяжелая дисфункция печени <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____
Если непереносимость, причина непереносимости: <input type="checkbox"/> Миалгия <input type="checkbox"/> Миопатия <input type="checkbox"/> Дисфункция печени после лечения <input type="checkbox"/> Дисфункция почек после лечения <input type="checkbox"/> Другое Если другое, укажите: _____

** Определение низкой дозы статина: Аторвастатин <10мг, флувастатин <=40мг, ловастатин <=20мг, правастатин <=20мг, розувастатин <=5мг, симвастатин <20мг

Other Lipid Lowering Agents

	At Follow up 3 years	
	No	Yes
Ezetimibe		
Fibrates		
Omega3		
Evolocumab		
Alirocumab		

Другие Липид снижающие препараты

	Лечение при последующем наблюдении	
	Нет	Нет
Эзетемиб		
Фибраты		
Омега 3		
Эволокумаб		
Алирокумаб		

7.8 Three -Year Follow-Up Quality of Life Questionnaire: EurQol EQ-5D-5L

Please leave the patient to complete the questionnaire, after reading the EuroQoL user guide (both documents downloadable from the website).

Please transfer the scores to the electronic CRF.

Questionnaire **not** fully completed by the patient (Tick to confirm)

7.8 Опросник по качеству жизни EurQol EQ-5D-5L

Пожалуйста, оставьте пациента для заполнения опросника после прочтения инструкции EuroQoL (оба документа можно загрузить с веб-сайта).

Пожалуйста, введите баллы в электронную CRF.

Анкета не полностью заполнена пациентом (Отметьте для подтверждения)

6.9 Two -Year Follow-Up CRF Completed, sign-off

Answer Yes to the question below to confirm that you have finished and reviewed data collection for accuracy for this patient.

Only completed CRF's will be taken onto consideration for the analysis.

PATIENT RECORD FORM COMPLETED FOR THIS PATIENT?

No Yes

6.9 Выход

Ответьте Да на вопрос ниже, чтобы подтвердить, что вы закончили ввод данных, просмотрели введенные данные и подтверждаете точность введенных данных для этого пациента.

Только полностью заполненные CRF будут включены в анализ данных.

ЭТА ФОРМА ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНА ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТА?

Нет Да