

Table of content

Site Questionnaire

Main Part

1. **Inclusion Criteria**
2. **Exclusion Criteria**
3. **Patient characteristics**
 - 3.1. Basic Information
 - 3.2. Patient Clinical History
4. **Admission process**
5. **Presentation and Initial Assessment**
6. **Treatments**
 - 6.1. Treatment intention
 - 6.2. Treatment given
 - 6.3. Details of coronary anatomy and PCI procedure
7. **During hospitalisation until discharge**
8. **Discharge**
9. **Medications**
 - 9.1. Antiplatelets
 - 9.2. Anticoagulants
 - 9.3. Other cardiac medications
10. **First Part of CRF Completed, sign-off 15 Follow up**
11. **Follow-up one-year**
 - 11.1. Vital Status
 - 11.2. Major clinical events
 - 11.3. Other hospitalisations
 - 11.4. Clinical procedures
 - 11.5. Laboratory and other examinations
 - 11.6. Medications
12. **CRF Completed, sign-off**

Содержание

Информация о центре

Основная часть

1. **Критерии включения**
2. **Критерии исключения**
3. **Характеристики пациента**
 - 3.1. Основная информация
 - 3.2. Анамнез пациента
4. **Поступление в ЛПУ**
5. **Данные первичного обследования**
6. **Лечение**
 - 6.1. Планируемое лечение
 - 6.2. Проведенное лечение
 - 6.3. Детали Детали коронарной анатомии и процедуры ЧКВ
7. **Период госпитализации до выписки**
8. **Выписка**
9. **Лекарственная терапия**
 - 9.1. Антиагреганты
 - 9.2. Антикоагулянты
 - 9.3. Другие кардиотропные препараты
10. **Завершение первой части ИРК. Подпись и Выход**
11. **Визит наблюдения через 1 год**
 - 11.1. Жизненный статус
 - 11.2. Большие клинические события
 - 11.3. Другие госпитализации
 - 11.4. Клинические процедуры
 - 11.5. Данные лабораторных и других исследований
 - 11.6. Лекарственная терапия
12. **Завершение ИРК. Подпись и Выход**

Site Questionnaire

(To be entered once for your centre)

- Type of hospital Private Public
- Number of beds in the hospital _____
- Cardiac Surgery on site No Yes
- MI volume per year _____
- Cath lab No Yes
- PCI on site No Yes
- If yes, 24 hour No Yes
- Total PCI performed by the centre /year _____
- Total primary PCI _____
- Usual treatment for STEMI patients Primary PCI Thrombolysis
- Part of a STEMI network No Yes

Информация о центре

(заполняется один раз для вашего центра)

- Тип ЛПУ (форма собственности) Частная Общественная
- Количество коек _____
- Отделение сердечной хирургии Нет Да
- Число пациентов с ИМ в год _____
- Лаборатория ангиографии Нет Да
- Возможность выполнения ЧКВ Нет Да
- Если ДА, выполняется ли 24 часа Нет Да
- Общее число ЧКВ в год _____
- Общее число первичных ЧКВ в год _____
- Обычная тактика лечения пациентов с ИМпСТ Первичная ЧКВ Тромболизис
- Включено ли ЛПУ в структуру по оказанию помощи больным с ИМпСТ Нет Да

Main Part

1. Inclusion Criteria

Patient signed an informed Consent No
 Yes, date | | | | | | | | | |
 (dd/mm/yyyy)

Patient's relatives signed an informed Consent
(Patient's relatives signed informed consent, applicable for patients very seriously ill or dying in the hospital before they can sign an informed consent)

No
 Yes, date | | | | | | | | | |
 (dd/mm/yyyy)

Patient died**
 Patient medical state
 Patient refuses to participate

*If No patient and relatives consent, reason:

****case report form can be completed for a patient who died at admission**

Patient aged \geq 18 years old No Yes

STEMI patient No Yes

An admission diagnosis of suspected STEMI occurring in the community as evidenced by the following:

Chest pain or equivalent symptoms of more than 20 minutes duration within the last 24 hours before admission No Yes

ST segment elevations or LBBB at the diagnostic ECG No Yes

2. Exclusion Criteria No Yes

Patients developing STEMI after admission for another reason in hospital No Yes

Patients developing STEMI after percutaneous coronary angioplasty or coronary bypass surgery No Yes

Основная часть

1. Критерии включения

Информированное согласие подписано пациентом Нет
 Да, дата | | | | | | | | | |
 (дд/мм/гггг)

Информированное согласие подписано родственниками пациента
(Родственники пациента подписывают информированное согласие в случае крайне тяжелого состояния пациента или в случае смерти пациента до подписания информированного согласия)

Нет
 Да, дата | | | | | | | | | |
 (дд/мм/гггг)

Пациент умер**
 По медицинским причинам
 Пациент отказался от участия в Регистре

*если пациент и родственники не подписали информированное согласие, причина:

**** ИРК может быть заполнена для пациента, который умер при поступлении**

Возраст пациента \geq 18 лет Нет Да

Пациент переносит ИМпСТ Нет Да

При поступлении диагноз ИМпСТ должен предполагаться в случае:

В течении 24 часов перед поступлением имела место боль в грудной клетке или эквивалентные симптомы длительностью не менее 20 минут Нет Да

На ЭКГ зарегистрирована элевация сегмента ST или БЛНПГ Нет Да

2. Критерии исключения

ИМпСТ развился по различным причинам уже после поступления в ЛПУ Нет Да

ИМпСТ развился после ЧКВ или операции коронарного шунтирования Нет Да

Items with * are mandatory

3. Patient characteristics

3.1. Basic Information

Gender* Male Female
 Date of birth* (mm/yyyy)
 Height cm
 Weight kg
 BMI (Automatically calculated)

3.2. Patient Clinical History

Previous Myocardial Infarction No Yes
 If yes, date of the last one (dd/mm/yyyy)
 Previous angina No Yes Unknown
 If yes, CCS class I II III IV Unknown

** Canadian Cardiovascular Society grading of angina pectoris:

- Class I – Angina only during strenuous or prolonged physical activity
- Class II – Slight limitation, with angina only during vigorous physical activity
- Class III – Symptoms with everyday living activities, i.e., moderate limitation
- Class IV – Inability to perform any activity without angina or angina at rest, i.e., severe limitation

Chronic heart failure No Yes Unknown
 If yes, NYHA class I II III IV Unknown
 Previous Stroke / TIA No Yes Unknown
 Previous PCI No Yes Unknown
 Previous coronary artery bypasses surgery (CABG) No Yes Unknown
 Current Smoker No Yes Unknown
 Diabetes mellitus No Type I Type II

Пункты, отмеченные *, обязательны для заполнения

3. Характеристика пациента

3.1. Основная информация

Пол * Мужской Женский
 Дата рождения * (мм/гггг)
 Рост см
 Вес кг
 ИМТ (индекс массы тела) (Рассчитывается автоматически)

3.2. Анамнез пациента

Инфаркт миокарда в анамнезе Нет Да
 Если ДА, дата последнего ИМ (дд/мм/гггг)
 Стабильная стенокардия в анамнезе Нет Да Неизвестно
 Если ДА, укажите ФК I II III IV Неизвестно

** Классификация стенокардии напряжения Canadian Cardiovascular Society:

- Класс I – Приступ стенокардии развивается в результате интенсивной или длительной физической активности
- Класс II – Легкое ограничение физической активности. Стенокардия при нагрузке, превышающей повседневный уровень
- Класс III – Среднее ограничение физической активности. Стенокардия при привычных ежедневных нагрузках
- Класс IV – Выраженное ограничение физической активности. Невозможность выполнять какую-либо физическую активность без стенокардии или стенокардия в покое

Хроническая сердечная недостаточность Нет Да Неизвестно
 Если ДА, ФК по NYHA I II III IV Неизвестно
 Инсульт / ТИА в анамнезе Нет Да Неизвестно
 ЧКВ в анамнезе Нет Да Неизвестно
 Коронарное шунтирование в анамнезе (АКШ) Нет Да Неизвестно
 Курение в настоящее время Нет Да Неизвестно
 Сахарный диабет Нет Тип I Тип II

Hypercholesterolemia No Yes Unknown
 If yes, familial No Yes
 If yes, confirmed by Genetic Score
 Atrial fibrillation No Yes Unknown
 Peripheral Vascular Disease No Yes Unknown
 Current malignant (cancer) disease No Yes Unknown
 Sleep apnoea No Yes Unknown
 If yes, specifically treated No Yes Unknown
 Other life limiting disease No Yes
 If yes, please specify _____
 Treated hypertension No Yes Unknown
 On dialysis No Yes Unknown

4. Admission process

Symptom onset date and time _____ (dd/mm/yyyy)
 _____ (hh:mm:ss)
 Call for medical help date and time _____ (dd/mm/yyyy)
 _____ (hh:mm:ss)
 First medical contact date and time _____ (dd/mm/yyyy)
 _____ (hh:mm:ss)
 General Practitioners
 Medical Ambulance
 Type of first medical contact Paramedical ambulance
 Emergency Room staff
 Others
 Via ambulance / EMS
 Admission mode Self presented

Гиперхолестеринемия Нет Да Неизвестно
 Если да, является ли она семейной Нет Да
 Если да, как диагностирована Генетическое исследование По диагностическим шкалам
 Фибрилляция предсердий Нет Да Неизвестно
 Заболевания периферических артерий Нет Да Неизвестно
 Онкологическое заболевание сейчас Нет Да Неизвестно
 СОАС (Апноэ сна) Нет Да Неизвестно
 Если да, то проводится ли специфическое лечение Нет Да Неизвестно
 Другие заболевания ограничивающие продолжительность жизни Нет Да
 Если да, укажите _____
 Антигипертензивная терапия Нет Да Неизвестно
 Диализ Нет Да Неизвестно

4. Поступление в ЛПУ

Дата и время появления симптомов _____ (дд/мм/гггг)
 _____ (чч:мм:сс)
 Дата и время обращения за медицинской помощью _____ (дд/мм/гггг)
 _____ (чч:мм:сс)
 Дата и время первого контакта с медицинским работником _____ (дд/мм/гггг)
 _____ (чч:мм:сс)
 Врач общей практики
 Врач фельдшер) скорой помощи
 Медицинский работник при первом контакте Парамедик скорой помощи
 Врач приемного отделения
 Другое
 Доставлен скорой помощью
 Путь поступления Обратился самостоятельно

Admission site Admission direct to PCI centre
 First hospital not a PCI centre

First qualifying ECG date and time |__|_|_|_|_|_|_|_|_| (dd/mm/yyyy)
 |__|_|:|__|_|:|__|_| (hh:mm:ss)

Arrival at Non PCI hospital date and time |__|_|_|_|_|_|_|_|_| (dd/mm/yyyy)
 |__|_|:|__|_|:|__|_| (hh:mm:ss)

Arrival at PCI hospital date and time |__|_|_|_|_|_|_|_|_| (dd/mm/yyyy)
 |__|_|:|__|_|:|__|_| (hh:mm:ss)

Out Of Hospital Cardiac Arrest No Yes

Место поступления ЛПУ с возможностью ЧКВ
 ЛПУ без возможности ЧКВ

Дата и время первой зарегистрированной ЭКГ |__|_|_|_|_|_|_|_|_| (дд/мм/гггг)
 |__|_|:|__|_|:|__|_| (чч:мм:сс)

Дата и время поступление в ЛПУ без ЧКВ |__|_|_|_|_|_|_|_|_| (дд/мм/гггг)
 |__|_|:|__|_|:|__|_| (чч:мм:сс)

Дата и время поступление в ЛПУ с ЧКВ |__|_|_|_|_|_|_|_|_| (дд/мм/гггг)
 |__|_|:|__|_|:|__|_| (чч:мм:сс)

Догоспитальная остановка кровообращения Нет Да

5. Presentation and Initial Assessment

Qualifying ECG Anterior Stemi
 Other STEMI (including presumed posterior)
 LBBB
 Pacemaker rhythm

Atrial fibrillation on qualifying ECG No Yes

Heart rate on qualifying ECG |__|_| bpm

Systolic blood pressure at first presentation |__|_| mmHg

Killip Class Class I
 Class II
 Class III
 Class IV (=cardiogenic shock)

Ventilation options No Yes
 If yes, please specify Ventilated before admission
 Ventilated during admission

5. Данные первичного обследования

Зарегистрированная ЭКГ Передний ИМпСТ
 ИМпСТ другой локализации (включая предполагаемый задний)
 БЛНПГ
 Ритм ЭКС

Фибрилляция предсердий на ЭКГ Нет Да

ЧСС на ЭКГ |__|_| ударов в минуту

Систолическое АД при поступлении |__|_| мм рт.ст.

Класс по Killip Класс I
 Класс II
 Класс III
 Класс IV (=кардиогенный шок)

Вентиляция легких Нет Да
 Если да, отметьте ИВЛ начата до поступления
 ИВЛ начата после поступления

Therapeutic Hypothermia

- None
- Yes, Femoral vein catheter
- Yes, Cold intravenous fluid
- Yes, Nasal
- Yes, External cooling pads / blankets / wraps
- Yes, Cooling caps
- Yes, Other, Specify |_____|

Терапевтическая гипотермия

- Нет
- Да, через бедренный венозный катетер
- Да, в/в инфузия охлажденных растворов
- Да, неинвазивные назальные методики
- Да, наружное охлаждение с помощью охлаждающих одеял, обертывания и т.д.)
- Да, охлаждающая шапочка
- Да, Другое, Укажите |_____|

6. Treatments

6.1. Treatment intention

Intended treatment for this STEMI

- No reperfusion
- Primary PCI at this centre
- Primary PCI at another centre
- Thrombolysis
- Clinically inappropriate (*i.e:* comorbidity, advanced dementia, cancer, age, frailty)
- Contraindication to anticoagulation/ antiplatelet therapy (*i.e:* recent IC bleed)
- Late presentation
- Spontaneous reperfusion
- Wrong diagnosis
- Patient refusal
- Other, specify |_____|

If No reperfusion intended, please specify reason

6. Лечение

6.1. Планируемое лечение

Планируемое лечение данного ИМпСТ

- Реперфузия не планируется
- Первичное ЧКВ в этом ЛПУ
- Первичное ЧКВ в другом ЛПУ
- Тромболизис
- Клинически нецелесообразно (*например, сопутствующая патология, выраженная деменция, онкологическое заболевание, «дряхлость», старческий возраст*)
- Противопоказания к антикоагулянтной/антиагрегантной терапии (*например недавнее внутричерепное кровоотечение*)
- Позднее поступление
- Спонтанная реперфузия
- Ошибка диагноза
- Отказ пациента
- Другое, укажите |_____|

В случаях, когда реперфузионная терапия не планируется укажите причину

6.2. Treatment given

- Type of initial reperfusion therapy
- Primary PCI
Date |__| |__| |__| |__| (dd/mm/yyyy)
Time |__:| |__:| |__:| (hh:mm:ss)
- Thrombolysis,
Date |__| |__| |__| |__| (dd/mm/yyyy)
Time |__:| |__:| |__:| (hh:mm:ss)
- Specify where
- Ambulance
 ER
 CCU/ICU
- None/Not applicable
- If PCI was planned but cancelled following an angiography, please specify reason
- Not applicable
 Diagnosis not STEMI (*include Takotsubo cardiomyopathy, LBBB with normal coronaries*)
- Diagnosis still felt to be STEMI but spontaneous reperfusion and no PCI indication (*no flow limiting stenosis and TIMI 3 flow*)
- For emergency CABG
 Patient died before PCI
 Other complication before PCI could be performed
 PCI felt technically inappropriate (*Vessels too small / disease too distal / complexity of disease*)
 Equipment failure
 Other, specify |_____|

6.2. Проведенное лечение

- Тип первоначальной реперфузионной терапии
- Первичное ЧКВ
Дата |__| |__| |__| |__| (дд/мм/гггг)
Время |__:| |__:| |__:| (чч:мм:сс)
- Тромболизис,
Дата |__| |__| |__| |__| (дд/мм/гггг)
Время |__:| |__:| |__:| (чч:мм:сс)
- Где выполнено:
- Скорая помощь
 Приемное отделение
 Отделение для больных с ИМ / отделение интенсивной терапии
 Не выполнялось / Нет возможности
- Если ЧКВ планировалось, но было отменено по результатам коронароангиографии, укажите причину отмены
- Нет возможности
 Диагноз ИМпСТ не подтвержден (*включая каридомиопатию Такотсубо, БЛНПП при нормальных коронарных артериях*)
 Диагноз ИМпСТ правомочен, однако произошла спонтанная реперфузия и показаний к ЧКВ нет (*нет лимитирующего стеноза или кровотока TIMI 3*)
 Показано неотложное АКШ
 Пациент умер до ЧКВ
 Другие осложнения, выявившиеся до ЧКВ
 ЧКВ технически не целесообразно (*малый размер сосудов / дистальное поражение / диффузное поражение*)
 Отказ (поломка) оборудования
 Другое, укажите |_____|

6.3. Details of coronary anatomy and PCI procedure

- Coronary anatomy and PCI procedure No
 Yes, not primary
 Yes, primary
- Percutaneous arterial access Femoral
 Radial
 Both
 Other, specify _____
- LMS stenosis > 50% or FFR less than 0.8 No
 Yes, unprotected
 Yes, protected by CABG
- Number of epicardial territories with stenoses > 50% 0 1 2 3 Unknown
- Identifiable Culprit vessel No Yes
 If yes, please specify the most relevant choice LMS LAD
 Diagonal Cx
 OM RCA
 SVG IM Graft
 Other, specify _____
- TIMI flow in culprit vessel PRE 0 1 2 3 Unknown
- TIMI flow in culprit vessel POST 0 1 2 3 Unknown
- Thrombectomy used during PCI No Yes

6.3. Детали коронарной анатомии и процедуры ЧКВ

- Коронароангиография и ЧКВ выполнены Нет
 Да, не первично
 Да, первично
- Артериальный доступ Феморальный
 Радиальный
 Оба
 Другой, укажите _____
- Стеноз ствола ЛКА > 50% или ФРК (Фракционный резерв кровотока) менее 0.8 Нет
 Да, не «защищен»
 Да, «защищен» КШ
- Число участков коронарных артерий со стенозированием > 50% 0 1 2 3 Неизвестно
- Инфаркт-зависимая артерия выявлена Нет Да
 Если да, укажите наиболее вероятную инфаркт-зависимую артерию ЛКА ПМЖА
 Диагональная ОА
 МА ПКА
 Венозный шунт Шунт от внутренней грудной артерии
 Другая, укажите _____
- Оценка кровотока по ТИМІ в инфаркт-зависимой артерии ДО 0 1 2 3 Неизвестно
- Оценка кровотока по ТИМІ в инфаркт-зависимой артерии ПОСЛЕ 0 1 2 3 Неизвестно
- Выполнялась ли тромбэкстракция во время ЧКВ Нет Да

6.3. Details of coronary anatomy and PCI procedure

- Stent No Yes
 If yes, please specify type BMS
 DES
 Absorbate Scaffold
 Other
- Non culprit lesions treated during Index PCI procedure No Yes
- Haemodynamic support No Yes
 If yes, please specify Catecholamines
 IABP
 Impella
 Tandem Heart
 ECMO
 Other, specify _____

6.3. Детали коронарной анатомии и процедуры ЧКВ

- Выполнялось ли стентирование Нет Да
 Если выполнялась, укажите тип стента Стент без лекарственного покрытия (BMS)
 Стент с лекарственным покрытием (DES)
 Биодegradируемый скаффолд
 Другой
- ЧКВ выполнена не на инфаркт-зависимой артерии Нет Да
- Гемодинамическая поддержка Нет Да
 Если потребовалась, уточните какая Катехоламины
 ВАБК (Внутриаортальная баллонная контрпульсация)
 УВК Impella (Устройство вспомогательного кровообращения)
 УВК Tandem Heart Impella (Устройство вспомогательного кровообращения)
 ЭКМО (Экстракорпоральная мембранная оксигенация)
 Другое, укажите _____

7. During hospitalisation until discharge¹

Last ejection fraction before discharge |___| %

Earliest haemoglobin level |___| g/dl |___| mmol/L

Lowest haemoglobin |___| g/dl |___| mmol/L

LDL cholesterol |___| g/dl |___| mmol/L
 Unknown

Earliest creatinine |___| g/dl |___| µmol/L
 Unknown

Glucose plasma level (first value) |___| g/dl |___| mmol/L
 Unknown

Total cholesterol (highest value) |___| g/dl |___| mmol/L
 Unknown

Most serious Bleeding (*Choose one of the following types of the BARC definitions*) 0 1 2
 3a 3b 3c
 4 5a 5b

Any transfusion No Yes

Type	BARC Definition
0	No bleeding
1	Bleeding that is not actionable and does not cause the patient to seek unscheduled performance of studies, hospitalization, or treatment by a healthcare professional; may include episodes leading to self-discontinuation of medical therapy by the patient without consulting a healthcare professional.

7. Период госпитализации до выписки¹

Фракция выброса ЛЖ перед выпиской (последнее значение) |___| %

Уровень гемоглобина при поступлении |___| г/дл |___| ммоль/л

Уровень гемоглобина (наименьший определенный уровень) |___| г/дл |___| ммоль/л

Холестерин ЛПНП |___| г/дл |___| ммоль/л
 Неизвестно

Креатинин при поступлении |___| г/дл |___| мкмоль/л
 Неизвестно

Глюкоза плазмы (первое определение) |___| г/дл |___| ммоль/л
 Неизвестно

Глюкоза плазмы (наибольший определенный уровень) |___| г/дл |___| ммоль/л
 Неизвестно

Наиболее серьезное кровотечение (*Выберите один из предложенных типов согласно классификации BARC*) 0 1 2
 3a 3b 3c
 4 5a 5b

Трансфузии Нет Да

Тип	Классификация BARC
0	Нет кровотечения
1	Кровотечение несущественное и не требует дополнительного обследования, госпитализации или лечения. Так же включает случаи кровотечений, приведшие к самостоятельной отмене терапии пациентом без консультации врача.

¹ This concerns the last hospitalisation/hospital before patient go back home

¹ Имеется в виду период настоящей госпитализации до момента возвращения пациента домой.

Type	BARC Definition
2	Any overt, actionable sign of hemorrhage (eg, more bleeding than would be expected for a clinical circumstance, including bleeding found by imaging alone) that does not fit the criteria for type 3, 4, or 5 but does meet at least on the following criteria: (1) requiring nonsurgical, medical intervention by a healthcare professional, (2) leading to hospitalization of increase level of care, or (3) prompting evaluation.
3a	Overt bleeding plus hemoglobin drop of 3 to <5 g/dL. Any transfusion with overt bleeding.
3b	Overt bleeding plus hemoglobin drop ≥ 5 g/dL. Cardiac tamponade. Bleeding requiring surgical intervention for control (excluding dental/nasal/skin/hemorrhoid). Bleeding requiring intravenous vasoactive agents.
3c	Intracranial hemorrhage (does not include microbleeds or hemorrhagic transformation, does include intraspinal). Subcategories confirmed by autopsy or imaging or lumbar puncture. Intraocular bleed compromising vision.
4	CABG related bleeding
5a	Fatal bleeding is bleeding that directly causes death with no other explainable cause. BARC fatal bleeding is categorized as either definite or probable as follows: Probable fatal bleeding (type 5a) is bleeding that is clinically suspicious as the cause of death, but the bleeding is not directly observed and there is no autopsy or confirmatory imaging
5b	Definite fatal bleeding (type 5b) is bleeding that is directly observed (by either clinical specimen [blood, emesis, stool, etc] or imaging) or confirmed on autopsy

Тип	Классификация BARC
2	Любые явные или косвенные признаки кровотечения. Например, кровотечение объем которого превышает ожидаемый в данной клинической ситуации, кровотечение, диагностированное при выполнении визуализирующего исследования без клинических проявлений), не соответствующие при этом критериям 3, 4 и 5 типов, при выполнении как минимум одного из следующих условий: 1) кровотечение потребовало нехирургического медицинского вмешательства; 2) привело к госпитализации или 3) привело к дополнительному обследованию.
3a	Явное кровотечение плюс снижение гемоглобина от 3 до 5 г/дл. Любая трансфузия при явном кровотечении.
3b	Явное кровотечение плюс снижение гемоглобина ≥ 5 г/дл. Тампонада сердца. Кровотечение, потребовавшее хирургическое вмешательство для его контроля (за исключением стоматологического / носового / кожного / геморроидального). Кровотечение, потребовавшее внутривенного введения vasoактивных препаратов.
3c	Внутричерепное кровоизлияние (за исключением церебральных микрокровоизлияний или геморрагического пропитывания; включает кровоизлияние в спинной мозг). Отдельные подкатегории подтверждаются данными аутопсии или визуализирующими методами, или спинномозговой пункцией. Внутриглазное кровотечение с угрозой снижения зрения.
4	Кровотечение, связанное с КИШ (коронарным шунтированием).
5a	Фатальное кровотечение, непосредственно приведшее к смерти в отсутствие других объяснимых причин. BARC фатальные кровотечения делятся на определенные или вероятные. Вероятное фатальное кровотечение (тип 5a) это кровотечение, которое клинически могло быть причиной смерти, но непосредственно не наблюдаемое и не подтвержденное данными аутопсии или визуализирующих методов
5b	Определенное фатальное кровотечение (тип 5b) это непосредственно наблюдаемое кровотечение (мелена, рвота с кровью и т.д.) или подтвержденное данными аутопсии и/или визуализирующих методов

Cerebrovascular accident	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, haemorrhagic <input type="checkbox"/> Yes, ischemic <input type="checkbox"/> Yes, Unknown	Цереброваскулярное событие	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, геморрагическое <input type="checkbox"/> Да, ишемическое <input type="checkbox"/> Да, Неизвестное
Staged PCI	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Performed during the index hospitalization <input type="checkbox"/> Planned to be performed on subsequent admission <input type="checkbox"/> Unknown	Поэтапное ЧКВ	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Выполнено в текущую госпитализацию <input type="checkbox"/> Планируется в последующую госпитализацию <input type="checkbox"/> Неизвестно
CABG	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, emergency <input type="checkbox"/> Yes, not emergency but during same in patient stay	Коронарное шунтирование	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, экстренное <input type="checkbox"/> Да, не экстренное, но в течении текущей госпитализации
Re-infarction	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Повторный инфаркт	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Stent thrombosis (<i>ARC definitions</i>)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definite <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Unknown	Тромбоз стента (<i>по критериям ARC</i>)	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Определенный <input type="checkbox"/> Вероятный <input type="checkbox"/> Возможный <input type="checkbox"/> Неизвестно
Mechanical complications	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Механические осложнения	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
If yes, specify		Если да, уточните	
MI/tamponade separate	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	ИМ/тампонада/гемоперикард	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
VSD	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Дефект межжелудочковой перегородки	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Heart failure	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Worst Killip class during hospital stay	<input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class III <input type="checkbox"/> Class IV	Худший класс по Killip в течении госпитализации	<input type="checkbox"/> Класс I <input type="checkbox"/> Класс II <input type="checkbox"/> Класс III <input type="checkbox"/> Класс IV
Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Фибрилляция предсердий	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

8. Discharge

Vital Status at discharge

Alive Dead

If Dead, specify

Date and time of death

|_|_|||_|_|||_|_|_|_|_| (dd/mm/yyyy)
|_|_|:|_|_|:|_|_| (hh:mm:ss)

Cause of death

Non Cardiovascular
 Cardiovascular
 Unknown

If Alive, specify

Date of discharge

|_|_|||_|_|||_|_|_|_|_| (dd/mm/yyyy)

Discharge destination

Home
 Transferred to other hospital
 Nursing home

Planned rehabilitation

No Yes

If yes, please specify

Ambulatory Hospital

ECG rhythm

Sinus rhythm
 Atrial fibrillation
 Other

Final diagnosis

STEMI
 Takotsubo
 Peri /Myocarditis
 Non cardiac cause
 Other

8. Выписка

Витальный статус при выписке

Живой Умер

В случае смерти, укажите

Дата и время смерти

|_|_|||_|_|||_|_|_|_|_| (дд/мм/гггг)
|_|_|:|_|_|:|_|_| (чч:мм:сс)

Причина смерти

Не сердечно-сосудистая
 Сердечно-сосудистая
 Неизвестно

Если жив, укажите

Дата выписки

|_|_|||_|_|||_|_|_|_|_| (дд/мм/гггг)

Куда выписан

Домой
 Переведен в другое ЛПУ
 Переведен в отделение ухода

Реабилитация планируется?

Нет Да

Если да, укажите

Амбулаторно Стационарно

Ритм на ЭКГ

Синусовый
 Фибрилляция предсердий
 Другой

Окончательный диагноз

ИМпСТ
 Кардиомиопатия Такотсубо
 Пери / Миокардит
 Не сердечный диагноз
 Другое

9. Medications

9.1. Antiplatelets

Drugs	Chronic use before event	Pre hospital treatment	During first 24h after admission	At Discharge
Aspirin	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Prasugrel	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Ticagrelor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Ticlopidine	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Cangrelor		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Abciximab		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Eptifibatide		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Tirofiban		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

9.2. Anticoagulants

Drugs	Chronic use before event	Pre hospital treatment	During first 24h after admission	At Discharge
Unfractionated heparin		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Low molecular weight heparin		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Bivalirudin		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Fondaparinux		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Warfarin	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Dabigatran	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Apixaban	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Rivaroxaban	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Edoxaban	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Other Please specify drug name:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, specify: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, specify: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, specify: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, specify: _____

9. Лекарственная терапия

9.1. Антиагреганты

Препарат	Длительный прием до поступления	Догоспитальное применение	В течении 24 часов после поступления	На момент выписки
Аспирин	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Клопидогрел	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Прасугрел	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Тикагрелор	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Тиклопидин	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Канагрелор		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Абциксимаб		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Эптифибатид		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Тирофибан		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	

9.2. Антикоагулянты

Препарат	Длительный прием до поступления	Догоспитальное применение	В течении 24 часов после поступления	На момент выписки
Нефракционированный гепарин		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Низкомолекулярный гепарин		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Бивалирудин		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	
Фондапаринукс		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Варфарин	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Дабигатран	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Апиксабан	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Ривороксабан	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Эндоксабан	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Другие Укажите наименование препаратов	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите: _____	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите: _____	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите: _____	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите: _____

9.3. Other cardiac medications

Drugs	Before hospital stay	During hospital stay	At discharge
Beta-Blockers	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
ACE inhibitors	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
ARBs	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
MRAs	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Sacubitril/Valsartan (ARNI)*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Digoxin	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Diuretics	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Ivabradine	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

ARBs – Angiotensin II receptor blockers

MRAs – Mineralocorticoid antagonists

*ARNI – Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor

9.3. Другие кардиотропные лекарственные препараты

Препарат	До госпитализации	В период госпитализации	На момент выписки
Бета-блокаторы	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Ингибиторы АПФ	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
БРА	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
АМР	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Сакубитрил/Валсартан (ARNI)*	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Дигоксин	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Диуретики	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Ивабрадин	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

БРА – Блокаторы рецепторов ангиотензина II

АМР – Антагонисты миниралкортикоидных рецепторов

*ARNI – ингибитор неприлизина + блокатор рецепторов ангиотензина II

9.3. Other cardiac medications

Drugs	Before hospital stay	During hospital stay	At discharge
Statins (One choice)	<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"/> 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"/> 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** at discharge: <input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Not Tolerated <input type="checkbox"/> Patient refusal If contraindicated, reason: <input type="checkbox"/> High CK <input type="checkbox"/> Severe liver dysfunction <input type="checkbox"/> Other, specify: _____ If not tolerated, reason: <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, specify: _____

** Low statin dose definition: Atorvastatin <10 mg, Fluvastatin <=40 mg, Lovastatin <=20 mg, Pravastatin <=20 mg, Rosuvastatin <5 mg, Simvastatin <20 mg

9.3. Другие кардиотропные лекарственные препараты

Препарат	До госпитализации	В период госпитализации	На момент выписки
Статины (Выбрать один)	<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"/> 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"/> 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 статины не назначены или назначены в низкой** дозе, причина: <input type="checkbox"/> Противопоказан <input type="checkbox"/> Непереносимость <input type="checkbox"/> Отказ пациента Если противопоказан, причина: <input type="checkbox"/> Высокая КФК <input type="checkbox"/> Тяжелая дисфункция печени <input type="checkbox"/> Другая, укажите: _____ Если непереносимость, причина: <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"/> Другая, укажите: _____

** Низкая доза статина: Аторвастатин <10мг, Флувастатин <=40мг, Ловастатин <=20мг, Правастатин <=20мг, Розувастатин <5мг, Симвастатин <20мг

9.3. Other cardiac medications

Drugs	Before hospital stay	During hospital stay	At discharge
Other Lipid Lowering Agents (One choice)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ezetimibe <input type="checkbox"/> Fibrates <input type="checkbox"/> Evolocumab <input type="checkbox"/> Alirocumab <input type="checkbox"/> Other non-statin	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ezetimibe <input type="checkbox"/> Fibrates <input type="checkbox"/> Evolocumab <input type="checkbox"/> Alirocumab <input type="checkbox"/> Other non-statin	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ezetimibe <input type="checkbox"/> Fibrates <input type="checkbox"/> Evolocumab <input type="checkbox"/> Alirocumab <input type="checkbox"/> Other non-statin
PPIs	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Other Please specify drug name:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, specify: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, specify: _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, specify: _____

PPIs – Proton pump inhibitors

10. First Part of 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.

Then, please fill in the Follow-up CRF pages.

CRF Completed: No Yes

9.3. Другие кардиотропные лекарственные препараты

Препарат	До госпитализации	В период госпитализации	На момент выписки
Другие липидснижающие препараты (Выбрать один)	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Эзетемиб <input type="checkbox"/> Фибраты <input type="checkbox"/> Эволокумаб <input type="checkbox"/> Алирокумаб <input type="checkbox"/> Другие «не-статины»	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Эзетемиб <input type="checkbox"/> Фибраты <input type="checkbox"/> Эволокумаб <input type="checkbox"/> Алирокумаб <input type="checkbox"/> Другие «не-статины»	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Эзетемиб <input type="checkbox"/> Фибраты <input type="checkbox"/> Эволокумаб <input type="checkbox"/> Алирокумаб <input type="checkbox"/> Другие «не-статины»
ИПП	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Другие Укажите название лекарственного препарата:	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите: _____	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите: _____	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите: _____

ИПП – ингибиторы протонной помпы

10. Завершение первой части ИРК. Подпись и 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 ИРК будут включены в анализ данных.

Через год, пожалуйста, заполните страницы ИРК по наблюдению за пациентом.

ИРК заполнена: Нет Да

Follow up

11. Follow-up one-year

Follow-up Performed: No Yes
 If performed, type: Telephone contact
 Clinical visit
 Date of follow-up: |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)

11.1. Vital Status

Vital status Alive Dead
 If Dead, specify
 Date of death: |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)
 Cause of death Non Cardiovascular
 Cardiovascular
 Unknown
 If Alive, specify
 NYHA class I II III IV Unknown
 CCS class** I II III IV Unknown

** Canadian Cardiovascular Society grading of angina pectoris:
 Class I – Angina only during strenuous or prolonged physical activity
 Class II – Slight limitation, with angina only during vigorous physical activity
 Class III – Symptoms with everyday living activities, i.e., moderate limitation
 Class IV – Inability to perform any activity without angina or angina at rest, i.e., severe limitation

11.2 Major clinical event

Myocardial Infarction No Yes
 If yes, **hospitalisation** No Yes
 Date of the first one: |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)

Визит наблюдения через 1 год (12 месяцев)

11. Наблюдение через 1 год

Контакт выполнен: Нет Да
 Если да, укажите тип: Телефонный контакт
 Клинический визит
 Дата контакта: |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)

11.1. Витальный статус

Витальный статус Живой Умер
 Если умер, укажите
 Дата смерти: |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)
 Причина смерти Не сердечно-сосудистая
 Сердечно-сосудистая
 Неизвестно
 Если жив, укажите
 ФК ХСН по NYHA I II III IV Unknown
 ФК стенокардии** I II III IV Unknown

** Классификация стенокардии напряжения Canadian Cardiovascular Society:
 Класс I – Приступ стенокардии развивается в результате интенсивной или длительной физической активности
 Класс II – Легкое ограничение физической активности. Стенокардия при нагрузке, превышающей повседневный уровень
 Класс III – Среднее ограничение физической активности. Стенокардия при привычных ежедневных нагрузках
 Класс IV – Выраженное ограничение физической активности. Невозможность выполнять какую-либо физическую активность без стенокардии или стенокардия в покое

11.2 Большие клинические события

Инфаркт миокарда Нет Да
 Если да, была ли **госпитализация** Нет Да
 Дата первой госпитализации: |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)

Unstable angina No Yes
 If yes, **hospitalisation** No Yes
 Date of the first one |__||__||__||__||__| (dd/mm/yyyy)

Stent thrombosis No Yes
 If yes, **hospitalisation** No Yes
 Date of the first one |__||__||__||__||__| (dd/mm/yyyy)

Stroke No Yes
 If yes, **hospitalisation** No Yes
 Date of the first one |__||__||__||__||__| (dd/mm/yyyy)

Heart failure No Yes
 If yes, **hospitalisation** No Yes
 Date of the first one |__||__||__||__||__| (dd/mm/yyyy)

11.3. Other hospitalisations

Re-hospitalisation No Yes
 If yes, specify for each:

Re-hospitalisation #1
 Date |__||__||__||__||__| (dd/mm/yyyy)
 Primary cause Rhythm disorders
 Post operative bleeding
 Other CV reasons
 Other non CV reasons

Re-hospitalisation #2
 Date |__||__||__||__||__| (dd/mm/yyyy)
 Primary cause Rhythm disorders
 Post operative bleeding
 Other CV reasons
 Other non CV reasons

Нестабильная стенокардия Нет Да
 Если да, была ли **госпитализация** Нет Да
 Дата первой госпитализации |__||__||__||__||__| (дд/мм/гггг)

Тромбоз стента Нет Да
 Если да, была ли **госпитализация** Нет Да
 Дата первой госпитализации |__||__||__||__||__| (дд/мм/гггг)

Инсульт Нет Да
 Если да, была ли **госпитализация** Нет Да
 Дата первой госпитализации |__||__||__||__||__| (дд/мм/гггг)

Сердечная недостаточность Нет Да
 Если да, была ли **госпитализация** Нет Да
 Дата первой госпитализации |__||__||__||__||__| (дд/мм/гггг)

11.3. Другие госпитализации

Re-госпитализация Нет Да
 Если да, то укажите для каждой госпитализации:

Re-госпитализация #1
 Дата |__||__||__||__||__| (дд/мм/гггг)
 Первичная причина Нарушения ритма
 Постоперационное кровотечение
 Другие сердечно-сосудистые причины
 Другие не сердечно-сосудистые причины

Re-госпитализация #2
 Дата |__||__||__||__||__| (дд/мм/гггг)
 Первичная причина Нарушения ритма
 Постоперационное кровотечение
 Другие сердечно-сосудистые причины
 Другие не сердечно-сосудистые причины

Re-hospitalisation #3

Date |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)
 Primary cause
 Rhythm disorders
 Post operative bleeding
 Other CV reasons
 Other non CV reasons

11.4. Clinical procedures

Angiography performed No Yes Unknown
 Date of the first |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)
 PCI performed No Yes Unknown
 Date of the first |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)
 CABG performed No Yes Unknown
 Date of the first |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)
 ICD-implantation performed No Yes Unknown
 Date of the first |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)
 Resynchronization therapy No Yes Unknown
 Date of the first |__||__||__||__|| (dd/mm/yyyy)

11.5. Laboratory and other examination

Heart rate |__| bpm |__| Unknown
 Systolic blood pressure |__| mmHg |__| Unknown
 Ejection fraction |__| % |__| Unknown
 Creatinine |__| g/dl |__| μmol/L
 Unknown
 LDL cholesterol |__| g/dl |__| mmol/L
 Unknown

Ре-госпитализация #3

Дата |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)
 Первичная причина
 Нарушения ритма
 Постоперационное кровотечение
 Другие сердечно-сосудистые причины
 Другие не сердечно-сосудистые причины

11.4. Клинические процедуры

Коронароангиография Нет Да Неизвестно
 Дата первой |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)
 ЧКВ Нет Да Неизвестно
 Дата первой |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)
 Коронарное шунтирование Нет Да Неизвестно
 Дата первого |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)
 Имплантация ИКД Нет Да Неизвестно
 Дата первой |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)
 Ресинхронизирующая терапия Нет Да Неизвестно
 Дата первой |__||__||__||__|| (дд/мм/гггг)

11.5. Результаты лабораторных и других методов исследований

ЧСС |__| уд. в минуту |__| Неизвестно
 Систолическое АД |__| мм рт.ст. |__| Неизвестно
 Фракция выброса ЛЖ |__| % |__| Неизвестно
 Креатинин |__| г/дл |__| мкмоль/л
 Неизвестно
 Холестерин ЛПНП |__| г/дл |__| ммоль/л
 Неизвестно

11.6 Medication

Drugs	After discharge
Antiplatelets	
Aspirin	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Prasugrel	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Ticagrelor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Ticlopidine	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Other	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please specify _____
If an antiplatelets prescribed at discharge was discontinued, please specify reason	<input type="checkbox"/> Bleeding event <input type="checkbox"/> No current indication <input type="checkbox"/> Patient decision <input type="checkbox"/> Gastro Intestinal problems <input type="checkbox"/> Other
Anticoagulants	
Warfarin/Vit K antagonists	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Dabigatran	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Apixaban	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Rivaroxaban	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Other	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please specify _____
Other cardiac medications	
Beta-Blockers	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
ACE inhibitors	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
ARBs	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
MRAs	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Sacubitril/Valsartan (ARNI)*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

ARBs – Angiotensin II receptor blockers

MRAs – Mineralocorticoid antagonists

*ARNI – Angiotensin Receptor Nephilysin Inhibitor

11.6 Лекарственная терапия

Препарат	Прием после выписки
Антиагреганты	
Аспирин	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Клопидогрел	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Прасугрел	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Тикагрелор	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Тиклопидин	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Другие	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите _____
Если антиагреганты, назначенные при выписке, были отменены, укажите причину	<input type="checkbox"/> Эпизод кровотечения <input type="checkbox"/> Отсутствие показаний в настоящее время <input type="checkbox"/> Решение пациента <input type="checkbox"/> Желудочно-кишечные проблемы <input type="checkbox"/> Другая
Антикоагулянты	
Варфарин/антагонисты вит. К	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Дабигатран	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Апиксабан	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Ривороксабан	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Другие	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, укажите _____
Другие кардиотропные препараты	
Бета-блокаторы	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Ингибиторы АПФ	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
БРА	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
АМР	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Сакубитрил/Валсартан (ARNI)*	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

БРА – Блокаторы рецепторов ангиотензина II

АМР – Антагонисты миниралкортикоидных рецепторов

*ARNI – ингибитор неприлизина + блокатор рецепторов ангиотензина II

Drugs	After discharge
Statins	<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>Daily dose: _____ mg</p> <p>If</p> <ul style="list-style-type: none"> • No statin • Low statin dose** • Or since discharge: <ul style="list-style-type: none"> - Reduction in dose by any amount <p>OR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Change from high potency statin (atorvastatin, rosuvastatin, simvastatin) to low potency (fluvastatin, lovastatin, pravastatin) <p>Specify reason:</p> <input type="checkbox"/> Contraindicated <input type="checkbox"/> Not Tolerated <input type="checkbox"/> Patient refusal <input type="checkbox"/> Other, please specify: _____
	<p>If contraindicated, specify reason:</p> <input type="checkbox"/> High CK <input type="checkbox"/> Severe liver dysfunction <input type="checkbox"/> Other, please specify: _____
	<p>If not tolerated, specify reason:</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, please specify: _____

** Low statin dose definition: Atorvastatin <10 mg, Fluvastatin <= 40 mg, Lovastatin <=20 mg, Pravastatin <=20 mg, Rosuvastatin <5 mg, Simvastatin <20 mg

Препарат	Прием после выписки
Статины	<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>Суточная доза: _____ мг</p> <p>Если</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не получает статины • Получает статины в низкой дозе** • Или после выписки: <ul style="list-style-type: none"> - Снижена доза <p>ИЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Более сильные статины (аторвастатин, розувастатин, симвастатин) заменены на более слабые препараты (флувастатин, ловастатин, правастатин) <p>Укажите причину:</p> <input type="checkbox"/> Противопоказан <input type="checkbox"/> Непереносимость <input type="checkbox"/> Отказ пациента <input type="checkbox"/> Другая, укажите: _____
	<p>Если противопоказан, укажите причину:</p> <input type="checkbox"/> Высокая КФК <input type="checkbox"/> Тяжелая дисфункция печени <input type="checkbox"/> Другая, укажите: _____
	<p>Если непереносимость, укажите причину:</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"/> Другая, укажите: _____

** Низкая доза статина: Аторвастатин <10мг, Флувастатин <=40мг, Ловастатин <=20мг, Правастатин <=20мг, Розувастатин <5мг, Симвастатин <20мг

Drugs	After discharge
Other Lipid Lowering Agents (One choice)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ezetimibe <input type="checkbox"/> Fibrates <input type="checkbox"/> Evolocumab <input type="checkbox"/> Alirocumab <input type="checkbox"/> Other non-statin

Препарат	Прием после выписки
Другие липидснижающие препараты (Выбрать один)	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Эзетемиб <input type="checkbox"/> Фибраты <input type="checkbox"/> Эволокумаб <input type="checkbox"/> Алирокумаб <input type="checkbox"/> Другие «не-статины»

12. 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.

CRF Completed: No Yes

Thank you!

12. Завершение ИРК. Подпись и 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 ИРК будут включены в анализ данных.

ИРК заполнена: Нет Да

СПАСИБО!