ISA-AII Italian Stroke Association Associazione Italiana Ictus

PARTE A — DA COMPILARE A CURA DEL PARTECIPANTE

Come si compila. Barri le caselle; se un dato non lo ricorda lo lasci in bianco. Non è un esame: se ha bisogno di aiuto lo chieda al personale.

Età _____ anni	**Sesso ☐ M ☐ F**	**Comune di residenza _____**

1. Un medico le ha mai detto che lei ha, o ha avuto, una di queste condizioni?

Condizione	SÌ	NO	NON SO	Se ha risposto SÌ
Pressione alta (ipertensione arteriosa)	☐	☐	☐	Se SÌ: ☐ assumo farmaci ☐ non assumo farmaci
Colesterolo alto	☐	☐	☐	Valore LDL se lo ricorda: _____ mg/dl • ☐ assumo farmaci
Diabete o glicemia alta	☐	☐	☐	Se SÌ: ☐ dieta ☐ compresse ☐ insulina
Fibrillazione atriale o battito irregolare	☐	☐	☐	Se SÌ: ☐ assumo anticoagulanti
Altre malattie del cuore	☐	☐	☐	Infarto, angina, scompenso, valvole, stent? Quali: _____
Placche alle carotidi (arterie del collo)	☐	☐	☐	Ultimo ecocolordoppler: anno _____
Ictus o TIA («ictus transitorio»)	☐	☐	☐	In che anno: _____
Malattia dei reni (insufficienza renale)	☐	☐	☐	
Infarto o ictus in familiari di primo grado	☐	☐	☐	

2. Stili di vita

Fumo	☐ Non ho mai fumato ☐ Ex fumatore, ho smesso da _____ anni ☐ Fumo attualmente: n. _____ sigarette al giorno, da _____ anni
Alcol	☐ Mai o raramente ☐ 1–2 bicchieri al giorno ☐ Più di 2 bicchieri al giorno Totale bicchieri in una settimana tipo: _____
Attività fisica	☐ Nessuna / vita sedentaria ☐ 1–2 volte a settimana ☐ 3–4 volte a settimana ☐ 5 o più volte a settimana Durata media di ogni volta: _____ minuti Tipo: _____
Alimentazione	Mangia frutta o verdura tutti i giorni? ☐ Sì ☐ No Aggiunge sale a tavola? ☐ Sì ☐ No
Pressione a casa	☐ Non la misuro mai ☐ Solo se non mi sento bene ☐ Qualche volta all'anno ☐ Circa una volta al mese ☐ Almeno una volta a settimana ☐ Tutti i giorni o quasi

3. Farmaci che assume abitualmente a casa

☐ Nessun farmaco Se assume farmaci, barri le categorie che conosce e scriva i nomi qui sotto:
☐ Per la pressione ☐ Per il colesterolo (statine) ☐ Per il diabete / insulina ☐ Anticoagulanti ☐ Cardioaspirina / antiaggreganti ☐ Per il cuore ☐ Altro _____

_____

Alla luce dei suoi fattori di rischio e stile di vita, in che classe di rischio pensa di essere?

BASSO	MODERATO	ALTO
☐	☐	☐

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E CONSENSI

I dati raccolti oggi sono trattati dalla, titolare del trattamento, per: la valutazione e i consigli che riceve oggi; la verifica complessiva dell'iniziativa; analisi statistiche e scientifiche in forma pseudonimizzata, cioè senza il suo nome. Non sono ceduti a terzi per fini commerciali. Può accedere ai suoi dati, correggerli, chiederne la cancellazione od opporsi al loro uso: i recapiti sono nell'informativa allegata, che le viene consegnata con questo foglio.

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa allegata sul trattamento dei dati personali, di averne ricevuto copia e di essere stato informato che i miei dati potranno essere utilizzati, in forma pseudonimizzata, anche per analisi statistiche e per finalità di ricerca scientifica.

Ricontatto telefonico a dodici mesi — facoltativo. Una telefonata di circa dieci minuti, a un anno di distanza, per sapere come sta e se ha potuto seguire le indicazioni di oggi. Se non acconsente riceve ugualmente tutto quello che è previsto oggi; il consenso è revocabile in qualsiasi momento.

☐ Acconsento al ricontatto Recapito telefonico _____ ☐ Non acconsento

Nome e cognome (stampatello) _____ Data ____ / ____ / _____

Firma _____

COMPILI FINO A QUI. La parte seguente (retro) è compilata dagli operatori: attenda il suo turno e consegni il foglio quando viene chiamato.

Italian Stroke Association
Associazione Italiana Ictus

PARTE B — RISULTATI DELLO SCREENING

PRESSIONE ARTERIOSA
tre misurazioni a 1 minuto di distanza, in posizione seduta

Ora della 1ª misurazione _____ : _____

1ª misurazione (si scarta)	2ª misurazione	3ª misurazione	MEDIA della 2ª e 3ª
_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg	_____ / _____ mmHg	**_____ / _____ mmHg**

Parametro	Rilevazione	Ritmo / reperto	Note
Frequenza e ritmo del polso *palpazione radiale per 60 secondi*	_____ bpm	☐ ritmico ☐ aritmico	
ECG *se eseguibile*	☐ 12 derivazioni ☐ 1 derivazione	☐ Ritmo sinusale ☐ Fibrillazione atriale / flutter ☐ Altro: _____	Allegare o archiviare il tracciato
Glicemia capillare	_____ mg/dl	☐ a digiuno da almeno 8 h ☐ dopo il pasto	Ora dell'ultimo pasto: _____ : _____
Peso, altezza e BMI	Peso _____ kg Altezza _____ cm	BMI _____ kg/m²	
Circonferenza addominale	_____ cm		

ECOCOLORDOPPLER TSA *se eseguibile — barrare per ciascun asse*
Carotide dx: ☐ esente ☐ minima ☐ ateromasia < 60% ☐ significativa
Carotide sn: ☐ esente ☐ minima ☐ ateromasia < 60% ☐ significativa
Vertebrali: ☐ esente ☐ minima ☐ meritevole di approfondimento

PARTE C — CONCLUSIONI E CONSIGLI

Riscontri rilevanti emersi oggi

☐ Nessun riscontro significativo ☐ Valori pressori elevati non noti in precedenza
☐ Ipertensione nota ma non controllata ☐ Ritmo irregolare di nuovo riscontro
☐ Iperglicemia in soggetto non diabetico ☐ Diabete noto con compenso inadeguato
☐ Ateromasia carotidea non significativa ☐ Ateromasia carotidea meritevole di indagini di secondo livello
☐ Più fattori di rischio modificabili non controllati ☐ Altro: _____

CLASSE DI RISCHIO VASCOLARE (criteri nel foglio allegato) ☐ basso ☐ moderato ☐ alto

Consigli prioritari per questo partecipante, in base ai suoi fattori di rischio (al massimo due)

☐ pressione ☐ fumo ☐ attività fisica ☐ peso ☐ alimentazione e sale
☐ alcol ☐ aderenza alla terapia ☐ controllo di glicemia e colesterolo ☐ ritmo cardiaco
☐ solo indicazioni generiche di prevenzione, nessuna priorità specifica
Note: _____

Indicazione di percorso

Una sola risposta, secondo l'urgenza.
☐ Nessun invio: prosegua con il suo medico secondo i controlli abituali
☐ Ne parli con il medico di medicina generale, senza urgenza
☐ Valutazione specialistica programmata: ☐ neurovascolare ☐ cardiologica ☐ diabetologica ☐ altra _____
☐ Valutazione urgente oggi stesso

Accertamenti suggeriti *(sono possibili più risposte)*

☐ Nessuno ☐ Esami del sangue (glicemia, emoglobina glicata, assetto lipidico, creatinina)
☐ Elettrocardiogramma o Holter ☐ EcocolorDoppler dei tronchi sovraortici ☐ Ecocardiogramma
☐ Altro: _____

Data ____/____/____ Medico _____