

CASE REPORT FORM

DISCO-studien

Direkt eller Subakut Coronarangiografi för hjärtstopp
utanför sjukhus- en randomiserad studie

Sjukhus: _____

Prövare: _____

Inklusions datum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

Patient nr:

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

PRE HOSPITALT

Datum för hjärtstoppet:

--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

Larmcentralens ärendenummer: _____

Plats där hjärtstoppet inträffade: Hemmet Offentlig plats Annan platsBystander HLR: Ja Nej OkäntDefibrillerad av bystander: Ja Nej Okänt

Första registrerade hjärtrytm:

 Asystoli PEA Bradykardi Sinusrytm VT VF Förmaksflimmer Okänt

Klockslag:

t t : m m

Hjärtstoppet inträffade

--	--	--	--

Ambulansens ankomst till larmadress

--	--	--	--

A-HLR påbörjad av ambulanspersonal

--	--	--	--

Tid för första defibrillering

--	--	--	--

Återkomst av spontan cirkulation /första ROSC

--	--	--	--

Nytt hjärtstopp under transporten Ja Nej

Total mängd: Adrenalin _____ mg Cordarone _____ mg

OBS! CRF (detta papper) ska följa med patientens journal

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--	--

AKUTRUMMET/ANKOMST TILL SJUKHUS
 Datum:

å	å	å	å	m	m	d	d

 Ankomst tid:

t	t	:	m m

 Puls

--	--	--	--

 Bpm

 Blodtryck

--	--	--	--	--	--	--	--

 mmHg

 SpO₂

--	--	--	--

 %

 Spontan andning: Ja Nej

 Glasgow coma scale (GCS)*

--	--

 ND

 Kropstemperatur

--	--

 .

--	--

 C°

 Totalt antal defibrilleringar (Fram till inskrivning på IVA):

--	--

LÄKEMEDEL GIVNA I AKUTRUMMET

Adrenalin _____mg

Cordarone _____mg

Andra läkemedel, fyll i concomitant medications

Glasgow Coma Score

Eye Opening (E)	Verbal Response (V)	Motor Response (M)
4=opens spontaneously	5=normal conversation	6=normal
3=opens to voice	4=disoriented conversation	5=localizes pain
2=opens to pain	3=words, incoherent	4=withdraws from pain
1=none	2=incomprehensible sounds	3=decorticate posturing
	1=none	2=decerebrate posturing
		1=none

Signatur: _____ Datum: _____

FÖRSTA BLODGAS (timme 0)

Tid:
t t : m m

Datum:
å å å å m m d d

pH
/

SaO₂ %

PaO₂
/ kPa

Base excess mmol/L

PaCO₂
/ kPa

Laktat
/ mmol/L

Kalium
/ mmol/L

Patienten inskriven levande på sjukhuset Ja Nej

Om nej, tidpunkt för dödsfallet
t t : m m

Datum:
å å å å m m d d

DEMOGRAFI

Ålder

Vikt

 Kvinna Man

SJUKDOMSHISTORIA (för definitioner se inforutan längst ner på sidan)

Ja Nej Okänt Uttalad aortastenosis Kranskärslssjukdom Tidigare hjärtinfarkt Tidigare PCI Tidigare CABG Hjärtsvikt KOL/Astma Cancer Diabetes Stroke Inget av ovanstående

Definitioner Sjukdomshistoria

Kranskärslssjukdom: Stabil/instabil angina pectoris, tidigare hjärtinfarkt, tidigare PCI/CABG

Hjärtsvikt: Tidigare ekokardiografiskt verifierad systolisk och/eller diastolisk dysfunktion. Eller sjukhusvårdad senaste två åren pga hjärtsvikt eller pågående hjärtsviktsbehandling.

Cancer: Känd aktiv malignitet eller behandlad senaste fem åren för malignitet (Cytostatika, strålning och/eller kirurgi)

Diabetes Mellitus: Pågående behandling med insulin och/eller perorala antidiabetika

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--

VITALPARAMETRAR VID ANKOMST TILL IVA (första registrerade på IVA)
 Ankomst datum

--	--	--	--	--	--	--	--

 å å å å m m d d

 Ankomst tid

--	--	--	--

 t t : m m

 Puls

--	--	--

 Bpm

 Blodtryck

--	--	--	--

 /

--	--	--	--

 mmHg

 MAP

--	--	--

 mmHg

 SpO₂

--	--	--

 %

 Kroppstemperatur

--	--	--

 C°

 Beslut om palliativ vård Ja Nej

 Beslut om 0-HLR Ja Nej

Se bilaga för avbrytande kriterier

Orsak till beslut om palliativvård/0-HLR

- Dålig neurologisk prognos
- Känd terminal sjukdom innan hjärtstopp
- Annan: _____

 AE/SAE mellan randomiseringen och inläggning på IVA Ja Nej
 Om ja, fyll i AE formulär

 Informerat samtycke anhörig så snart som möjligt (utfört av läkare)

KRANSKÄRLSRÖNTGEN (Fylls i oavsett när kranskärlsröntgen görs samt en för varje Angiografi)

Datum

å å å å m m d d

Tid:

HH:MM

Obligatorisk:
Tid på lab alt sticktidHjärtstopp på lab Ja NejKomplikationer på lab Ja Nej

Om ja,

Behandlingskrävande arytmi Ja Nej

Om ja,

 Asystoli PEA Bradykardi VT VF Nytt förmaksflimmer Annat

Annan anledning till komplikation: _____

Angiografi/PCI

KÄRL:	<u>Normal/ Atheromatos</u>	<u>Culprit</u>	<u>Signifikant stenos</u>	<u>CTO</u>	<u>TIMI 0-1</u>	<u>Behandlat kärl</u>
LAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LCX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behövde patienten transporteras till ett annat sjukhus för att angiografin/PCI skulle kunna utföras?

 Ja Nej

Övriga upplysningar:

Alla läkemedel givna under PCI dokumenteras i concomittant med. delen

Signatur: _____ Datum: _____

IVA dag nr: _____ (Dag1(ankomstdagen) →) Ifylles varje vård dygn t.o.m. dag 7

Datum
å å å å m m d d

(Observera att totalmängderna ej nödvändigtvis är 24h(komplett dygn) första och sista vård dygnet.)

EKG vid tecken på ischemi Ja NejOm ja, nytillkomna tecken till ischemi (ST-förändringar) Ja Nej Sedering Ja (någon gång under dygnet) NejGlasgow coma scale
utan pågående sedering ND EEG Ja Nej Förekomst av myokloniOm ja: Kontinuerlig Intermittent Epileptisk aktivitet Ingen epileptisk aktivitet Burst supression Status epilepticus Flat EEGHögsta temperatur
(första dygnet inkluderas även akm) C°Högsta laktat
(första dygnet inkluderas även akm) mmol/l

Vasopressor/Inotrop läkemedel (total dos /24h) ange enhet mg/ug

Noradrenalin _____ Simdax _____ Adrenalin _____

Dobutamin _____ Isoprenalin _____ Annat _____

Total urinproduktion /24h _____ ml

Beslut om palliativ vård Ja NejBeslut om 0-HLR Ja Nej

Se bilaga för avbrytande kriterier

Orsak till beslut om palliativvård/0-HLR

- Dålig neurologisk prognos
 Känd terminal sjukdom innan hjärtstopp
 Annan: _____

Arytmier Asystoli PEA Bradykardi VT VF Nytillkommet FF

Arytmier Annan rytm/Eventuella kommentarer: _____

Har det inträffat någon AE/SAE Ja NejLab tagna? Ja Nej

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--	--

UTSKRIVNING FRÅN IVA

 Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

 å å å å m m d d

 Levande utskrivnen Ja Nej

 Om avliden, Var vänlig fyll i **Avliden Patient** sida **21** i pCRF

 ✕Temperaturbehandling Ja Nej

Om Ja:

 Tid till måltemperatur

--	--	--

 min

 Måltemperatur <34C° <36.3C° <37,8C°

 ✕Tid i respirator
från ankomst IVA till
extubering

--	--	--

 dagar

--	--

 timmar

--	--

 minuter
m

GCS

--	--

CPC

--

mRS

--

 ND

 ND

 ND

 ✕Dialys under IVA tiden Ja Nej

 Om ja, Tid i dialys:

--	--	--

 dagar

--	--

 timmar

--	--

 minuter
m

 Fortsatt dialys efter IVAvård

 ✕Kranskärlsröntgen under IVA vårdtiden Ja Nej
(utöver randomiserad PCI)

 Om ja: Akut angio Planerad

**Om Ja, var vänlig fyll i
angiografisidan i eCRF**

Om nej, varför:

 Ingen indikation

 Hög ålder

 Dålig neurologisk prognos

 Avliden

 ✕Patienten har haft mekaniskt cirkulationsunderstöd under vårdtiden Ja Nej

Om ja, ange vad: _____

 ✕Antibiotika under vårdtiden? Ja Nej

Om ja, Orsak till antibiotika behandling:

 Profylax

 Pneumoni

 Sårinfektion (instickställe)

 Annat: _____

Signatur: _____ Datum: _____

Besvaras med fördel av läkare om inte tydligt framgår i journal

Baserat på tillgänglig information,
var var den troligaste orsaken till hjärtstoppet?

(markera en)

- NSTEMI
- Arytmi pga kardiomyopati
- Arytmi pga onormal primär hjartrytm
- Hjärtstsvikt
- Hypertrofi
- Kardiomyopati
- Medfött hjärtfel
- Myokardit
- Bradykardi
- Annan kardiell orsak
- STEMI
- Lungemboli
- Anafylaxi
- Elektrolytrubbning
- Hypoxi
- Hypoglykemi
- Annan medicinsk orsak
- Trauma
- Överdosis

Annan orsak: _____

1 MÅNAD EFTER HJÄRTSTOPPET

Datum
 å å å å m m d d

Patienten vid liv? Ja Nej

Om avliden, Var vänlig fyll i **Avliden Patient** sida **21** i pCRF

Om levande, Patienten befinner sig:

Fortsatt sjukhusvård Rehabiliteringsavdelning Vårdboende Hemmet

Om utskriven från slutenvården, vilket datum skedde detta: Datum
 å å å å m m d d

Gick testet att genomföra? Ja Nej

Telefonbesök Personligt besök

Om nej, varför?: _____

CPC ND

mRS ND

EQ5D-5L ND

CPC

Note: If patient is anesthetized, paralyzed, or intubated, use "as is" clinical condition to calculate scores.

CPC 1. Good cerebral performance: conscious, alert, able to work, might have mild neurologic or psychological deficit.

CPC 2. Moderate cerebral disability: conscious, sufficient cerebral function for independent activities of daily life. Able to work in sheltered environment.

CPC 3. Severe cerebral disability: conscious, dependent on others for daily support because of impaired brain function. Ranges from ambulatory state to severe dementia or paralysis.

CPC 4. Coma or vegetative state: any degree of coma without the presence of all brain death criteria. Unawareness, even if appears awake (vegetative state) without interaction with environment; may have spontaneous eye opening and sleep/awake cycles. Cerebral unresponsiveness.

CPC 5. Brain death: apnea, areflexia, EEG silence, etc.

mRS

0 No symptoms at all

1 No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities

2 Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance

3 Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance

4 Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance

5 Severe disability; bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention

6 Dead

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--	--

6 MÅNADERS UPPFÖLJNING

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

Patienten vid liv? Ja NejOm avliden, Var vänlig fyll i **Avliden Patient** sida **21** i pCRF

Om levande, Patienten befinner sig:

 Fortsatt sjukhusvård Rehabiliteringsavdelning Vårdboende Hemmet

Om utskriven från slutenvården, vilket datum skedde detta: Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

Gick testet att genomföra? Ja Nej

Om nej, varför?: _____

CPC

 ND**mRS**

 ND Övriga neurologiska och Kognitiva test enligt protokoll.
 Blodprover:
Hb, Krea, Cystatin-C, GFR (cystatin beräkn),
Bilirubin, Trombocyter, NtProBNP
 Ekokardiografi 6 månader**CPC**

Note: If patient is anesthetized, paralyzed, or intubated, use "as is" clinical condition to calculate scores.

CPC 1. Good cerebral performance: conscious, alert, able to work, might have mild neurologic or psychologic deficit.

CPC 2. Moderate cerebral disability: conscious, sufficient cerebral function for independent activities of daily life. Able to work in sheltered environment.

CPC 3. Severe cerebral disability: conscious, dependent on others for daily support because of impaired brain function. Ranges from ambulatory state to severe dementia or paralysis.

CPC 4. Coma or vegetative state: any degree of coma without the presence of all brain death criteria. Unawareness, even if appears awake (vegetative state) without interaction with environment; may have spontaneous eye opening and sleep/awake cycles. Cerebral unresponsiveness.

CPC 5. Brain death: apnea, areflexia, EEG silence, etc.

mRS

0 No symptoms at all

1 No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities

2 Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance

3 Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance

4 Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance

5 Severe disability; bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention

6 Dead

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--

Ekokardiografi 72h

 ND

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

LVEF visuellt _____%

LVEF enligt Simpson _____%

Vänsterkammarrörlighet

	Normal	Hypokinesia	Akinesia
Septum			
Anterolateral			
Inferior			
Anterior			
Inferiolateral			

Signifikanta vitier grad 2 (motsvarande måttlig) eller mer på någon av klaffarna?
 Ja

 Nej

Om ja:

KLAFF:	Stenos	Måttlig stenosis	Uttalad stenosis	Obedömbar
Aorta	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitralis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trikuspidalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KLAFF:	Insufficiens	Måttlig insufficiens	Uttalad insufficiens	Obedömbar
Aorta	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitralis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trikuspidalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signatur: _____ Datum: _____

Ekokardiografi 6 månader NDDatum
å å å å m m d d

LVEF visuellt _____%

LVEF enligt Simpson _____%

Global strain: _____%

Vänsterkammarrörlighet

	Normal	Hypokinesia	Akinesia
Septum			
Anterolateral			
Inferior			
Anterior			
Inferiolateral			

Signifikanta vitier grad 2 (motsvarande måttlig) eller mer på någon av klaffarna? Ja Nej**Om ja:**

KLAFF:	Stenos	Måttlig stenosis	Uttalad stenosis	Obedömbar
Aorta	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitralis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trikuspidalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KLAFF:	Insufficiens	Måttlig insufficiens	Uttalad insufficiens	Obedömbar
Aorta	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitralis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trikuspidalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonalis	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--	--

CONCOMITTANT MEDICATION(antitrombotisk behandling, antiarytmika, muskelrelaxantia, sederande samt opiater första 96h)**Fyll i dagligen första fem dygnen (96h) om något av nedanstående läkemedel givits.**

Markera med kryss i rutan om Ja

X

(Vårddygn) Datum (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (5) _____**Antitrombotisk behandling**

(trombocythämmare och antikoagulantia)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
ASA					
Apixaban					
Dabigatranet-exilat					
Dalteparin					
Heparin					
Kangrelor					
Klopidogrel					
Rivoroxaban					
Tikagrelor					
Tinzaparin					
Warfarin					
Fondaparenux					
Bivalirudin					
Alteplas					
Eptifibatid					
Enoxaparin					
Annat					

Antiarytmika

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Amiodaron					
Atropin					
Bisoprolol					
Digoxin					
Isoprenalin					
Metoprolol					
Verapamil					
Annat					

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--

CONCOMITTANT MEDICATION forts.(antitrombotisk behandling, antiarytmika, muskelrelaxantia, sederande samt opiater första 96h)**Fyll i dagligen första fem dygnen (96h) om något av nedanstående läkemedel givits.****(Vårddygn) Datum** (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (5) _____**Muskelrelaxantia**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Atrakurium					
Rokuronium					
Mivakurium					
Suxameton					
Annat					

Sederande och Opiater

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Alfentanil					
Dexmedetomidin					
Diazepam					
Esketamin					
Fentanyl					
Ketamin					
Ketobemidon					
Klonidin					
Midazolam					
Morfin					
Oxykodon					
Propofol					
Remifentanil					
Tiopental					
Annat					

ARTÄRBLODGAS tas enbart var 4e timme första dygnet (Obs första gasen (timme 0) på egen sida)

Prov timme:	Date	Time	PaO2	PaCO2	SaO2	pH	BE	Lactate	FiO2	Hb
4										
8										
12										
16										
20										
24										
28										

--	--	--	--	--

Adverse Events (en för varje AE/SAE)

Ansvarig läkare bör bedömma och fylla i denna sida

Startdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

Slutdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

1. Ange symtom eller diagnos enligt definitioner från SCAAR (markera med X)

- Allergisk senkomplikation
 Blödning Major
 Blödning Minor
 Behandlingskrävande pseudoaneurysm
 Hematom >5cm
 HB-fall >20g/L
 Förlängd kompressionstid >6h
 Förlängd vårdtid >24h komplikation r/t corai
 Blodtransfusion
 Kirurgisk åtgärd
 Annan behandling utöver kompression
 Förtida utsättning av / uppehåll av antitrombotisk behandling
 Vaskulär (icke coronara kärl)
 Neurologisk komplikation
 Nytilkommen njurinsufficiens
 Tamponad
 Komplikation Re-PCI (behandlat segment)
 CABG
 Hjärtinfarkt
 Annan allvarlig komplikation
 Avliden
 Procedurrelaterad död
 Hjärtstopp
 Kardiogen chock
 Allvarlig hypoxi
 Allvarlig arrytm

2. AE relaterad till intervention:

- Ej relaterad
 Troligen inte
 Möjligt
 Trolig
 Mycket sannolikt

Definitioner på AE/SAE se andra sidan

3. Intensitet

- Mild
 Moderat
 Svår
 Livshotande

4. Påföljd av AE

- Död
 Livshotande
 Bestående men
 Förlängd sjukhusvistelse
 Annan medicinsk händelse av betydelse

5. Åtgärd:

- Ingen åtgärd
 Åtgärd
 Ange: _____

6. Outcome:

- Återhämtad
 Återhämtad med resttillstånd
 Pågående

Signatur: _____ Datum: _____

--	--	--	--	--	--

Avliden patient

Patient avliden:

Dödsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

å å å å m m d d

 På IVA På Sjukhus efter IVA vård Efter utskrivning Sjukhus (DISCO vårdtillfället):**IVA:** Tid

--	--	--	--

HH:MM

Dödsorsak:

(markera med kryss) Intensivvård avbruten pga dålig neurologisk prognos Intensivvård avbruten pga Terapieresistent cirkulatorisk svikt Avbruten intensivvård pga annan anledning Cirkulatorisk svikt/kollaps/plötsligt hjärtstopp trots pågående aktiv intensivvård Hjärndöd Multiorgansvikt Annat**På Sjukhus**

Dödsorsak:

(markera med kryss) Intensivvård avbruten pga dålig neurologisk prognos och patienten flyttad till vårdavdelning Cirkulatorisk svikt/kollaps/plötsligt hjärtstopp Respiratorisk insufficiens Infektion/Sepsis Lungemboli Nyttillkommen cerebrovaskulär händelse (ej ischemiskada i samband med hjärtstopp) Annat**Efter vårdtillfället**

Dödsorsak:

(markera med kryss) Kardiell genes Respiratorisk insufficiens Trauma Cancer Cerebrovaskulär händelse Infektion Annat Ange vad: _____ Okänt

Signatur: _____ Datum: _____