

回顾性分析信息采集表

一、基本信息			
信息采集时间	调查员姓名	组别	编号
姓名	性别	年龄 (岁)	民族
身高 (m)	体重 (kg)	BMI (kg/m <sup>2</sup> ):	
籍贯	家庭住址	省 市 区	街道 号
文化程度	工作单位	父亲籍贯	母亲籍贯
是否已退休	联系电话	父亲民族	母亲民族
二、生活方式			
吸烟史	<input type="checkbox"/> 现在吸烟 <input type="checkbox"/> 已戒烟	您从____岁开始每天吸烟 您每天吸____支机制卷烟 如果您吸旱烟, 每年消耗____斤烟草 您以前是否每天吸烟 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您从____周岁开始吸烟 您已经戒烟 年 月 周 日	
饮酒史	<input type="checkbox"/> 从不吸烟 <input type="checkbox"/> 不饮酒 <input type="checkbox"/> 少量饮酒 <input type="checkbox"/> 经常大量饮酒	白酒≥3次/周, 每次≥2两	
三、家族史			
3.1脑卒中 (中风/脑血栓/脑梗死/脑出血)	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 (患病 人)	<input type="checkbox"/> 不详	
3.2冠心病 (急性心肌梗死/心绞痛/缺血性心肌病)	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 (患病 人)	<input type="checkbox"/> 不详	
3.3高血压	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 (患病 人)	<input type="checkbox"/> 不详	
3.4糖尿病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 与本人关系: <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 (患病 人)	<input type="checkbox"/> 不详	
四、本次信息采集期间主要病史及辅助检查			
4.1有无新发缺血性脑血管病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 发病时间 年 月 日	如果有 主要诊断 <input type="checkbox"/> 脑梗死 <input type="checkbox"/> 短暂性脑缺血发作 (TIA) 诊断依据 <input type="checkbox"/> 脑CT <input type="checkbox"/> 脑部MRI <input type="checkbox"/> 临床表现 (症状、体征) 脑血管检查 脑血管彩超: 双侧颈动脉超声: CTA: MRA: TOAST分型 <input type="checkbox"/> 大动脉粥样硬化性脑梗死 <input type="checkbox"/> 小动脉闭塞性脑梗死 <input type="checkbox"/> 其他	
4.2有无高血压	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	收缩压mmHg 舒张压mmHg	
4.3有无糖尿病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	用药情况 空腹血糖 mmol/l 餐后2h血糖 mmol/l 随机血糖 mmol/l 口服降糖药情况 胰岛素使用情况	
4.4是否有血脂异常	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	血脂异常类型: <input type="checkbox"/> 高胆固醇 <input type="checkbox"/> 高甘油三酯 <input type="checkbox"/> 高LDL-C <input type="checkbox"/> 低HDL-C 化验结果: (mmol/l) 总胆固醇 甘油三脂 HDL-C LDL-C	
4.5是否有心脏疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	心脏病类型: <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 房颤 <input type="checkbox"/> 瓣膜病 <input type="checkbox"/> 其他 用药情况	
4.6是否有恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	肿瘤部位:	
4.7是否存在严重肝肾功能损害	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	具体诊断:	
4.8是否存在血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	具体诊断:	
4.8是否存在自身免疫性疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	具体诊断:	
4.9是否存在慢性炎症	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	具体诊断:	