

Patient ID:				Swali lililokolezwa wino = Lazima lijibiwe
ADMIN				<i>Admin Tab</i>
Ripoti ya mwisho ya uchunguzi uliofanywa na kliniki/hospitali kuhusiana na kiharusi	<input type="radio"/> Ischemic Stroke <input type="radio"/> Transient Ischemic Attack (< 24 hours) <input type="radio"/> Subarachnoid Hemorrhage		<input type="radio"/> Intracerebral Hemorrhage <input type="radio"/> Imebainika ana kiharusi lakini maelezo mengine hayakutolewa <input type="radio"/> Hakuna dalili za kiharusi zilizobainika	
Ni lini hatua za faraja (comfort measures only) ziliwekwa katika nyaraka kwa mara ya kwanza?	<input type="checkbox"/> Siku ya 0 au ya 1 <input type="checkbox"/> Siku ya 2 au baada ya hapo <input type="checkbox"/> Muda haujulikani <input type="checkbox"/> Hatua hazikuhifadhiwa katika nyaraka/UTD			
Siku ya kuwasili/Muda:	___/___/___ : ___ <input type="checkbox"/> Mwezi/Tar/Mwaka <input type="checkbox"/> Haijulikani	Siku ya kulazwa:	___/___/___	
Siku ya kuruhusiwa/Muda:	___/___/___ : ___ <input type="checkbox"/> Mwezi/Tar/Mwaka			
Ni mahali gani au mazingira yapi ambayo mgonjwa aliruhusiwa kutoka hospitali/kituo cha afya?	1 – Nyumbani			
	2 – Hospitali ya wagonjwa mahututi – Nyumbani			
	3 – Hospitali ya wagonjwa mahututi – Vituo vya huduma ya afya			
	4 – Kituo cha huduma za afya kwa muda mfupi/za dharura			
	5 – Vituo vingine vya huduma ya afya			
	6 – Aliondoka akiwa amefariki			
	7 – Aliondoka kinyume na ushauri wa daktari/bila kuruhusiwa			
	8 – Hakuna nyaraka au haijulikani			
Kama ni Vituo Vingine Vya Huduma za Afya	<input type="checkbox"/> Kituo kinachotoa huduma ya mazoezi <input type="checkbox"/> Kituo/Nyumba ya Wauguzi <input type="checkbox"/> Kituo cha daraja la kati cha huduma za afya <input type="checkbox"/> Hospitali za kutoa huduma za afya kwa muda mrefu <input type="checkbox"/> Nyingine			
TAARIFA ZA KUWASILI NA KULAZWA HOSPITALI				
<i>Admission Tab</i>				
Mahali ambapo dalili za kiharusi ziligundulika	<input type="checkbox"/> Sio katika mazingira ya kituo cha afya <input type="checkbox"/> Mazingira ya mgonjwa wa nje (asiyelazwa hospitali) <input type="checkbox"/> Kituo kingine cha huduma za afya kwa muda mfupi/za dharura <input type="checkbox"/> Kiharusi kimetokea baada ya kuwasili hospitali <input type="checkbox"/> Kituo cha huduma za afya za muda mrefu <input type="checkbox"/> ND au eneo halijulikani			
Namna mgonjwa alivyowasili katika hospitali yako	<input type="radio"/> EMS kutoka nyumbani/mazingira ya nyumbani <input type="radio"/> Amewasili na usafiri binafsi/taxi/usafiri mwingine kutoka nyumbani/mazingira ya nyumbani <input type="radio"/> Amehamishiwa kutoka hospitali nyingine <input type="radio"/> ND au Haijulikani			
Mahali ambapo mgonjwa alipokea huduma kwa mara ya kwanza katika hospitali yako	<input type="radio"/> Idara ya Dharura/Huduma za Dharura <input type="radio"/> Alilazwa papo hapo, bila kupitia ED <input type="radio"/> Chumba cha picha/maabara (Imaging suite) <input type="radio"/> ND au haijulikani			
Taarifa ya awali ya EMS (Advanced notification by EMS?)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> Haihusiani			
Je mgonjwa alihudumiwa wapi, na alihudumiwa na nani? Tiki majibu yote yanayohusiana.	<input type="checkbox"/> Sehemu ya kulaza wagonjwa wa neva <input type="checkbox"/> Mtaalamu wa ushauri wa kiharusi <input type="checkbox"/> Ndani ya kitengo cha kiharusi		<input type="checkbox"/> Sehemu ya kuhudumia/kulaza wagonjwa <input type="checkbox"/> Sio mtaalamu wa ushauri wa kiharusi <input type="checkbox"/> Sio katika kitengo cha kiharusi	
Daktari/Mtoa huduma NPI:				

Namba ya muhusika:	Swali lililokolezwa wino = lazima lijibiwe
---------------------------	---

DEMOGRAFIA

Tarehe ya kuzaliwa: ____ / ____ / ____																						
Umri:	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="padding: 5px;">Jinsia:</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mke <input type="checkbox"/> Haijulikani </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Uraia:</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/UTD <input type="checkbox"/> Elezea Uraia wako (Tazama ufunguo) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Asili/Jamii (Tiki yote yanayohusiana)</td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Mwafrika au Mmarekani mweusi <input type="checkbox"/> Asian (Mwasia) <input type="checkbox"/> UTD </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Bima ya Afya:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Bima ya Afya ya Serikali <input type="checkbox"/> Kulipa binafsi/Hakuna bima <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Binafsi </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Hali ya makazi</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Hakuna mahali pa kuishi <input type="checkbox"/> ND </td> </tr> </table>		Jinsia:	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mke <input type="checkbox"/> Haijulikani	Uraia:		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/UTD <input type="checkbox"/> Elezea Uraia wako (Tazama ufunguo)	Asili/Jamii (Tiki yote yanayohusiana)		<input type="checkbox"/> Mwafrika au Mmarekani mweusi <input type="checkbox"/> Asian (Mwasia) <input type="checkbox"/> UTD	Bima ya Afya:			<input type="checkbox"/> Bima ya Afya ya Serikali <input type="checkbox"/> Kulipa binafsi/Hakuna bima <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Binafsi			Hali ya makazi			<input type="checkbox"/> Hakuna mahali pa kuishi <input type="checkbox"/> ND		
	Jinsia:	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mke <input type="checkbox"/> Haijulikani																				
Uraia:		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/UTD <input type="checkbox"/> Elezea Uraia wako (Tazama ufunguo)																				
Asili/Jamii (Tiki yote yanayohusiana)		<input type="checkbox"/> Mwafrika au Mmarekani mweusi <input type="checkbox"/> Asian (Mwasia) <input type="checkbox"/> UTD																				
Bima ya Afya:																						
<input type="checkbox"/> Bima ya Afya ya Serikali <input type="checkbox"/> Kulipa binafsi/Hakuna bima <input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> Binafsi																						
Hali ya makazi																						
<input type="checkbox"/> Hakuna mahali pa kuishi <input type="checkbox"/> ND																						

HISTORIA YA MATIBABU

Historia ya matibabu rasmi siku za nyuma:	<input type="checkbox"/> Hakuna <input type="checkbox"/> Atrial Fib/Flutter <input type="checkbox"/> CAD/Prior MI <input type="checkbox"/> Carotid Stenosis <input type="checkbox"/> Hali ya ujauzito kwa sasa (au wiki 6 baada ya kujifungua) <input type="checkbox"/> Msongo wa mawazo/Mfadhaiko <input type="checkbox"/> Kisukari	<input type="checkbox"/> Matumizi ya dawa za kulevya/pombe <input type="checkbox"/> Dyslipidemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Historia ya wanafamilia kuugua kiharusi <input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Shinikizo la damu <input type="checkbox"/> Kipandauso <input type="checkbox"/> Unene kupita kiasi/Uzito mkubwa	<input type="checkbox"/> Kiharusi siku za nyuma <input type="checkbox"/> Previous TIA <input type="checkbox"/> Prosthetic Heart Valve <input type="checkbox"/> PVD <input type="checkbox"/> Renal insufficiency – chronic (SCr>2.0) <input type="checkbox"/> Seli mundu (Sickle Cell) <input type="checkbox"/> Hali ya pumzi kukatika kwa muda mfupi wakati mtu amelala (Sleep Apnea) <input type="checkbox"/> Uvutaji sigara
--	--	--	---

Anwani/Mahali mgonjwa anaishi	
Uwezo wa kusogea/kutembea kabla ya tukio lililotokea hivi karibuni	<input type="checkbox"/> Uwezo wa kutembea pekeyake (bila kuhitaji msaada kutoka kwa mtu mwingine) kwa kutumia au kutokutumia kifaa <input type="checkbox"/> Kwa kupata msaada (kutoka kwa mtu) <input type="checkbox"/> Hawezi kutembea <input type="checkbox"/> ND

UCHUNGUZI NA TATHMINI

Kipimo cha kwanza cha NIH (Initial NIH Stroke Scale)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND
Kama ni ndio:	<input type="checkbox"/> Halisi <input type="checkbox"/> Inakadiriwa kutoka kwenye rekodi/kumbukumbu <input type="checkbox"/> ND
Alama za jumla	_____ (rejea kwenye programu ya mtandao wa maswali)
Alama ya NIHSS iliyopatikana kutoka kwenye kituo alichohamishwa :	_____ <input type="checkbox"/> ND

Namba ya muhusika:		Swali lililokolezwa wino = lazima lijibiwe
Matokeo ya utafiti wa awali (Tiki yote yanayohusiana)	<input type="checkbox"/> Kudhoofu/kupooza <input type="checkbox"/> Muamko/kusisimka kusiko kwa kawaida (Altered Level of Consciousness) <input type="checkbox"/> Hali ya kushindwa kuelewa matamshi au kuongea (kusoma na kuandika) <input type="checkbox"/> Dalili za ugonjwa mwingine wa neva/mishipa ya fahamu <input type="checkbox"/> Hakuna dalili za ugonjwa wa neva/mishipa ya fahamu <input type="checkbox"/> ND	
Uwezo wa kusogea/kutembea wakati mgonjwa analazwa hospitali	<input type="checkbox"/> Uwezo wa kutembea pekeyake (bila kuhitaji msaada kutoka kwa mtu mwingine) kwa kutumia au kutokutumia kifaa <input type="checkbox"/> Kwa kupata msaada (kutoka kwa mtu) <input type="checkbox"/> Hawezi kutembea <input type="checkbox"/> ND	

MATIBABU KABLA YA KULAZWA

<input type="checkbox"/> Hakuna matibabu yoyote kabla ya kulazwa	
Matibabu kwa kutumia Antiplatelet au Anticoagulant:	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND
<input type="checkbox"/> Class: Antiplatelet <input type="checkbox"/> aspirin <input type="checkbox"/> aspirin/dipyridamole (Aggrenox) <input type="checkbox"/> clopidogrel (Plavix) <input type="checkbox"/> prasugrel (Effient) <input type="checkbox"/> ticagrelor (Brilinta) <input type="checkbox"/> ticlopidine (Ticlid) <input type="checkbox"/> Other Antiplatelet	<input type="checkbox"/> Class: anticoagulant <input type="checkbox"/> apixaban (Eliquis) <input type="checkbox"/> argatroban <input type="checkbox"/> dabigatran (Pradaxa) <input type="checkbox"/> desirudin (Iprivask) <input type="checkbox"/> edoxaban (Savaysa) <input type="checkbox"/> fondaparinux (Arixtra) <input type="checkbox"/> full dose LMW heparin <input type="checkbox"/> lepirudin (Refludan) <input type="checkbox"/> rivaroxaban (Xarelto) <input type="checkbox"/> unfractionated heparin IV <input type="checkbox"/> warfarin (Coumadin) <input type="checkbox"/> Anticoagulant nyingine
Dawa za kupunguza shinikizo la damu (Antihypertensive)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND
Matibabu ya kupunguza Mafuta (Cholesterol-Reducer)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND
Matibabu ya Kisukari	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND
Matibabu ya kuondoa mfidhaiko/msongo wa mawazo (Antidepressant medication)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND Kama ni ndio, Jina la dawa za kuondoa mfidhaiko/msongo wa mawazo: _____ _____

MFULULIZO WA DALILI (SYMPTOM TIMELINE) *Hospitalization Tab*

Tarehe/Muda mgonjwa alipokuwa mzima?	<input type="checkbox"/> Muda wa kugundulika dalili ni sawa na muda mgonjwa alipokuwa mzima.	Tarehe/Muda dalili za kihausi zilipogundulika?
____ / ____ / ____ ____ : ____ <input type="checkbox"/> Mwezi/Tar/Mwaka <input type="checkbox"/> Haijulikani		____ / ____ / ____ : ____ <input type="checkbox"/> Mwezi/Tar/Mwaka <input type="checkbox"/> Haijulikani
Maoni		

Namba ya muhusika:		Swali lililokolezwa wino = lazima lijibiwe	
PICHA YA UBONGO (BRAIN IMAGING)			
Picha ya ubongo (brain imaging) illichukuliwa katika hospitali yako kwenye hatua hii ya huduma?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC	Tarehe/Muda picha ya ubongo ilipochukuliwa kwa mara ya kwanza	___/___/___ : ___ <input type="checkbox"/> Mwezi/Tar/Mwaka <input type="checkbox"/> Haijulikani
Tafsiri ya picha ya ubongo ya kwanza baada ya dalili kujitokeza, ilifanyika katika kituo chochote:		<input type="checkbox"/> Kuvuja kwa damu (Hemorrhage) <input type="checkbox"/> Hapakuwa na kuvuja kwa damu (No Hemorrhage) <input type="checkbox"/> Hakuna kitu	
KINASA MUDA (ADDITIONAL TIME TRACKER)			
Angalia lengo: Kinasa muda cha mgonjwa wa kisukari (Stroke Patient Time Tracker for elements)			
DAWA YA KUVUNJAVUNJA AU KUYAYUSHA MABONGE YA DAMU (IV THROMBOLYTIC THERAPY)			
Je IV t-PA ilifanyika katika hospitali hii?	<input type="checkbox"/> NDIO <input type="checkbox"/> HAPANA	Tarehe/Muda IV tPA ilipoanzishwa:	___/___/___ : ___ <input type="checkbox"/> Mwezi/Tarehe/Mwaka <input type="checkbox"/> Haijulikani
Je kuna mahali ambapo imeandikwa au kutolewa onyo ili kuzuia kufanyika kwa IV thrombolytic ndani ya masaa 0-3 ya dalili za kiharusi?		Sababu (Tazama ufunguo) <input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana _____	
Ikiwa hakuna onyo au mahali palipoandikwa kuwa dawa au utaratibu wa tiba usifanyike, Je kuna sababu zinazohusiana na hospitali au sababu zingine?		Saa 0-3 Saa 3-4.5 <input type="checkbox"/> Mgonjwa kuchelewa kufika <input type="checkbox"/> Ucheleweshaji wa shughuli za ndani ya hospitali <input type="checkbox"/> Kuchelewa kwa utambuzi wa kiharusi	Saa 0-3 Saa 3-4.5 <input type="checkbox"/> Huduma ya IV haipatikani <input type="checkbox"/> Nyingine
JE TIBA NYINGINE YA THROMBOLYTIC/REPERFUSION ILIFANTIKA?			
Je IV tPA ilifanyika katika hospitali nyingine?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana		
Je matibabu ya kuwekewa mrija wa mkojo (IA catheter-based treatment) yalifanyika katika hospitali hii?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana	Je matibabu ya kuwekewa mrija wa mkojo (IA catheter-based treatment) yalifanyika katika hospitali nyingine?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana
Maoni mengine kuhusiana na Thrombolytics (tiba ya kuyayusha mabonge/kuvilia kwa damu)?			
Kama matatizo yalijitokeza kwa mgonjwa aliyehamishwa baada ya IV tPA:		<input type="checkbox"/> Dalili za kuvuja damu ziligundulika kabla ya uhamisho wa mgonjwa <input type="checkbox"/> Dalili za kuvuja damu ziligundulika mara tu baada uhamisho wa mgonjwa <input type="checkbox"/> Haijulikani <input type="checkbox"/> N/A (Hakuna yanayoendana)	

Namba ya muhusika:		Swali lililokolezwa wino = lazima lijibiwe	
MATIBABU YA NDANI YA HOSPITALI NA MATATIZO			
Uchunguzi wa Dysphagia (Ugumu wa kumeza kitu) NPO ya mgonjwa kipindi chote alichokaa hospitali? Je mgonjwa alifanyiwa uchunguzi wa dysphagia kabla ya kumeza chochote ikiwa ni pamoja na maji au dawa? Kama ni ndio, matokeo ya uchunguzi wa dysphagia:		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> ND	
Matibabu ya Nimonia (Hospital-Acquired Pneumonia) haya ni maambukizi ya mfumo wa hewa yanayosababisha mgonjwa kushindwa kupumua vizuri, anayapata angalau masaa 48 - 72 baada ya kufika/kulazwa hospitali.		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> NC	
VTE Interventions	<input type="checkbox"/> 1- Low dose unfractionated heparin (LDUH) <input type="checkbox"/> 2- Low molecular weight heparin (LMWH)ND <input type="checkbox"/> 3- Intermittent pneumatic compression devices (IPC) <input type="checkbox"/> 4- Graduated compression stockings (GCS) <input type="checkbox"/> 5- Factor Xa Inhibitor <input type="checkbox"/> 6- Warfarin <input type="checkbox"/> 7- Venous foot pumps (VFP) <input type="checkbox"/> 8- Oral Factor Xa Inhibitor <input type="checkbox"/> 9- Aspirin <input type="checkbox"/> A- Hakuna kati ya hizo hapo juu au ND		
Tarehe ipi initial VTE prophylaxis ilianza kufanyika baada ya mgonjwa kulazwa?		___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Haijulikani	
Je kuna nyaraka yoyote inayoeleza ni kwanini VTE prophylaxis haikufanyika wakati mgonjwa amefika hospitali?		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana	
Therapeutic Anticoagulation nyingine	<input type="checkbox"/> apixaban (Eliquis) <input type="checkbox"/> argatroba <input type="checkbox"/> dabigatran (Pradaxa)	<input type="checkbox"/> desirrudin (Iprivask) <input type="checkbox"/> edoxaban (Savaysa) <input type="checkbox"/> lepirudin (Refludan)	<input type="checkbox"/> rivaroxaban (Xarelto) <input type="checkbox"/> unfractionated heparin IV <input type="checkbox"/> anticoagulant nyingine
Je DVT au PE iliwekwa katika nyaraka??		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND	
Je antithrombotic therapy ilifanyika mwishoni mwa siku ya 2 baada ya mgonjwa kufika hospitali?		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> NC	
Kama ni ndio, chagua majibu yote yanayoendana	<input type="checkbox"/> Antiplatelet <input type="checkbox"/> Anticoagulant		
Je kuna nyaraka yoyote iliyoandikwa na daktari/nesi wa daraja la juu/daktari msaidizi au mfamasia katika historia ya matibabu inayoelezea sababu ya kutofanyanyika kwa antithrombotic therapy mwishoni mwa siku ya 2 baada ya kufika hospitali?			<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana
Je mgonjwa alipatiwa tiba ya UTI alipofika hospitali kipindi hiki?		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND	
Kama mgonjwa alipatiwa tiba ya UTI, je mgonjwa aliwekwa pia mrija wa kuvuta mkojo kwenye kibofu (Foley Catheter) kipindi hiki cha matibabu?		<input type="checkbox"/> Ndio, mgonjwa alikuwa na mrija wa kuvuta mkojo wakati anafika <input type="checkbox"/> Ndio, lakini aliwekwa baada ya kufika hospitali <input type="checkbox"/> Hakuwekwa mrija <input type="checkbox"/> Haijulikani	

Namba ya muhusika		Swali lililokolezwa wino = lazima lijibiwe	
<input type="checkbox"/> Mzio/Aleji / matatizo kutokana na r/t <input type="checkbox"/> Madhara makubwa baada ya matibabu antithrombotic <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa kudumu/Njia za kumpatia mgonjwa faraja nyakati za mwisho <input type="checkbox"/> Mgonjwa alikaaa <input type="checkbox"/> Hatari ya kuvuja damu au kupoteza maisha sababu ya kuvuja damu <input type="checkbox"/> Kuvuja kwa damu kwa aina nyingine		<input type="checkbox"/> Mzio/Aleji / matatizo kutokana na r/t <input type="checkbox"/> Madhara makubwa baada ya matibabu antithrombotic <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa kudumu/Njia za kumpatia mgonjwa faraja nyakati za mwisho <input type="checkbox"/> Mgonjwa alikaaa <input type="checkbox"/> Hatari ya kuvuja damu au kupoteza maisha sababu ya kuvuja damu <input type="checkbox"/> Kuvuja kwa damu kwa aina nyingine	
Persistent or Paroxysmal Atrial Fibrillation/Flutter		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana	
Kama ni atrial fib/flutter au kuwepo kwa historia ya PAF katika nyaraka, je mgonjwa alipatiwa anticoagulation?		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC	
Kama ni NC, Sababu zilizorekodiwa katika nyaraka za kutotumia anticoagulation zilikuwa ni zipi?	<input type="checkbox"/> Mzio/Aleji au matatizo kutokana na r/t warfarin au heparins <input type="checkbox"/> Kuongezeka kwa hali ya kuhisi kuanguka na kuumia <input type="checkbox"/> Afya/hali ya Akili <input type="checkbox"/> Madhara makubwa yatoakanayo na matibabu <input type="checkbox"/> Mgonjwa alikataa <input type="checkbox"/> Ugonjwa wa kudumu/Njia za kumpatia mgonjwa faraja nyakati za mwisho <input type="checkbox"/> Hatari ya kuvuja damu au kupoteza maisha kwasababu ya kuvuja/kupoteza damu		
Antihypertensive Tx (Chagua yote yanayohusika)	<input type="checkbox"/> Hakuandikiwa kutumia/ND. <input type="checkbox"/> Inhibitors ACE <input type="checkbox"/> Beta Blockers <input type="checkbox"/> Ca++ Channel Blockers <input type="checkbox"/> Matibabu mengine ya kupunguza shinikizo la damu (antihypertensive med Diuretics) <input type="checkbox"/> None - contraindicated <input type="checkbox"/> ARB		
Cholesterol-Reducing Tx	<input type="checkbox"/> Hakuandikiwa kutumia/ND <input type="checkbox"/> Statin <input type="checkbox"/> Niacin <input type="checkbox"/> Dawa zingine <input type="checkbox"/> None - contraindicated <input type="checkbox"/> Fibrate <input type="checkbox"/> Absorption Inhibitor		
Matibabu ya Statin: (tazama ufunguo)	_____	Jumla ya dozi ya kila siku ya Statin:	_____
Sababu iliyoandikwa ya kutopewa dawa ya Statin wakati wa kuruhusiwa?		<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana	
Matibabu mazito ya Statin?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC		
Utambuzi mpya wa kisukari?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana <input type="checkbox"/> ND		
Sababu za ubainishaji wa ugonjwa (Chagua yote yanayoendana):	<input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Fasting Blood Sugar <input type="checkbox"/> Oral Glucose Tolerance <input type="checkbox"/> Test Other		
Diabetic Tx (Chagua yote yanayoendana):	<input type="checkbox"/> Hakuandikiwa kutumia/ND <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> None – contraindicated <input type="checkbox"/> Oral agents <input type="checkbox"/> Other subcutaneous/injectable agents		
Anti-Smoking Tx (Dawa za kupunguza uvutaji wa sigara)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC		
Antidepressant Medication(s) (Matibabu ya kupunguza msongo wa mawazo)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC		
MUINGILIANO MWINGINE WA MTINDO WA MAISHA			
Mapendekezo ya kupunguza uzito na/au kuongeza ufanyaji wa shughuli	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC		
TLC Diet au Sawa na hio	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC		
Mlo wa kupunguza shinikizo la damu (Antihypertensive Diet)	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC		
Je elimu ya kisukari ilitolewa?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana/ND <input type="checkbox"/> NC		

Namba ya muhusika		Swali lililokolezwa wino = lazima lijibiwe	
ELIMU YA KIHARUSI			
Je mgonjwa/mlezi alipatiwa elimu au vifaa vya kujisomea kuhusu yote yafuatayo?:			
Tiki yote kama Ndio: <input type="checkbox"/>			
Mambo hatari kuhusu kiharusi	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana	Ishara hatarishi na dalili za Kiharusi	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana
Namna ya kutumia Tiba ya EMS ya Kisukari	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana	Umuhimu wa ufuatiliaji baada ya kuruhusiwa kutoka hospitali	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana
Matibabu waliyoandikiwa na daktari	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana		

TIBA YA MAZOEZI YA KIHARUSI	
Je mgonjwa alifanyiwa uchunguzi na/au kupokea huduma za mazoezi wakati amelazwa hospitali?	<input type="checkbox"/> Ndio <input type="checkbox"/> Hapana
Tiki huduma zote za mazoezi ambazo mgonjwa alipokea au alichunguzwa:	<input type="checkbox"/> Mgonjwa alipokea huduma za mazoezi wakati amelazwa hospitali <input type="checkbox"/> Mgonjwa aliamishiwa kituo/hospitali ya tiba mazoezi <input type="checkbox"/> Mgonjwa aliandikiwa kupatiwa huduma za mazoezi baada ya kuruhusiwa <input type="checkbox"/> Mgonjwa hana sifa za kupokea huduma za mazoezi kwasababu dalili zimepatiwa ufumbuzi <input type="checkbox"/> Mgonjwa hana sifa za kupokea huduma za mazoezi kwasababu ya kudhoofika (i.e ubashiri dhaifu, mgonjwa hana uwezo wa kuvumilia mazoezi)