

ID do paciente: _____

Data de nascimento (dd/mm/aa): _____

Indicações e contraindicações para EndoStim

	SIM	NÃO
O paciente sofreu de doença do refluxo gastroesofágico por no mínimo 1 ano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente toma PPIs por no mínimo 1 ano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente tem pelo menos 21 anos de idade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prossiga somente se todas as opções forem **SIM**

	SIM	NÃO
A paciente está grávida ou pretende engravidar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente sofre de diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2 por >10 anos ou com HbA1c >9,5 nos últimos 6 meses)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O paciente sofre de alguma doença cardiovascular significativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prossiga somente se todas as opções forem **NÃO****Procedimentos anteriores no trato GI superior**

Gastrectomia vertical anterior? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM: Teste de deglutição de bário para excluir estreitamentos gástricos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Anos desde o procedimento: _____ % de perda de peso desde o procedimento: _____
Procedimento esofágico anterior? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM: Descrever _____ O EndoStim não foi avaliado em pacientes submetidos a cirurgia anterior envolvendo diretamente o esfíncter esofágico inferior (isto é, funduplicatura, miotomia do esôfago) e o uso do sistema EndoStim nestes pacientes é considerado não aprovado

Gastroscoopia, se disponível:

O paciente foi submetido a gastroscopia nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM: Tamanho da hérnia de hiato (cm) _____ Grau de esofagite (classificação de LA) _____ Esôfago de Barrett? (ausente/curto/longo) _____	Prossiga somente se ≤ 5 cm Prossiga somente se Ausente ou Grau A, B, C Prossiga somente se Ausente ou Curto
---	---	--

Questionário sobre DRGE: Marque uma caixa por linha sobre a frequência do sintoma do paciente nos últimos sete dias do tratamento atual

O paciente recebeu PPIs nos últimos sete dias? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, Frequência/Dosagem: _____			
	Nunca	1 dia	2-3 dias	4-7 dias
Em quantos dias você teve azia ou indigestão?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Com que frequência você teve regurgitação (líquidos ou alimentos)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Com que frequência você teve dor epigástrica?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Com que frequência você teve náusea?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Com que frequência seu sono foi interrompido devido a azia, indigestão ou regurgitação?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Você tomou outros medicamentos além dos prescritos (PPI) por causa de azia ou regurgitação?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Pontuação total do QDRGE (some os pontos marcados acima): _____				

Escala QDRGE: Possibilidade dos sintomas serem relacionados a uma DRGE verdadeira

0	3	8	12	18
DRGE improvável	50%	Elevada (>79%) possibilidade dos sintomas serem remanescentes de uma DRGE verdadeira		

QDRGE ≥ 8 indica elevada possibilidade de os sintomas do paciente serem causados por uma DRGE patológica verdadeira**Diagnóstico funcional****pHmetria de 24 horas:**Equipamento utilizado: pH pH-impedânciaTeste realizado com/sem PPI: com PPI sem PPI

% de exposição de ácido total: _____ % Pontuação de DeMeester: _____

Manometria:

Equipamento utilizado: _____

Descrever qualquer anormalidade encontrada: _____

Prossiga somente se o pH indicar refluxo patológico

Prossiga somente se a manometria excluir anomalia do esôfago

Informações gerais

Satisfação do paciente com o tratamento atual em uma escala de 1-5 (1 = extremamente insatisfeito; 5 = extremamente satisfeito) _____

Sexo: Masculino Feminino

- Reclamações principais:
- Sintomas remanescentes
 - Efeitos colaterais do PPI
 - Preocupado com o uso prolongado de medicamentos
 - Não gosta de tomar medicamentos todos os dias
 - Outro _____

Como o paciente soube pela primeira vez do EndoStim?

- Clínica cirúrgica
- Encaminhado pelo GE
- Encaminhado pelo clínico geral
- Família/amigos
- Outro _____
- Internet
- Artigo de jornal
- TV ou rádio
- Folheto no hospital

Outras observações/achados clínicos: