

Form 3a: Atrial Fibrillation

Risk factor screen type

CHADS 2
 CHADS 2 VASC
 No CHADS

| Comparative Analysis Choose an item. | Primary AC Intervention Choose an item. N= <input type="text"/> | Comparator 1 Choose an item. N= <input type="text"/> | Comparator 2 Choose an item. N= <input type="text"/> | Comparative analysis <input type="checkbox"/> New vs Comp <input type="checkbox"/> Comp vs New |
|--|--|---|---|---|
| CHADS total score <input type="checkbox"/> Not reported | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| CHADS score=1 <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| CHADS score=2 <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| CHADS score=3 <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| CHADS score >=4 <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Prior TE <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| Cancer <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| Known Thrombophilic condition <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| Pregnancy, post-partum or OBGYN complications <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| Recent surgery/trauma <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| Immobilization <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| Estrogen therapy <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Others condition <input type="checkbox"/> Not reported | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | N <input type="text"/> % <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
|---|--|--|--|--|

If No CHADS, please record the following:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Age >75 years <input type="checkbox"/> Not reported | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Not reported | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| HF <input type="checkbox"/> Not reported | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |
| HTN <input type="checkbox"/> Not reported | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Mean <input type="text"/> SD <input type="text"/> | Choose an item. <input type="text"/> Choose an item. <input type="text"/> |

Comments: