

Active cancer Hx Yes No
 Basal cell ca or squamous cell ca. of Skin CNS tumor Hematologic cancer Other solid cancer

Hypertension Yes [history of HT diagnosed at admission] No
DM Yes [history of DM diagnosed at admission] No
Dyslipidemia Yes [history of HL diagnosed at admission] No
Smoking Yes [Current smoker Ex-(≥5y) EX- (<5y)] No
AF Yes [history of AF diagnosed at admission] No

Potential Sources of CE

High-risk

- _ Mechanical prosthetic valve
- _ Mitral stenosis with atrial fibrillation
- _ Atrial fibrillation (other than lone AF)
- _ Left atrial/atrial appendage thrombus
- _ Sick sinus syndrome
- _ Recent MI (<4 week)
- _ Left ventricular thrombus
- _ Dilated cardiomyopathy
- _ Akinetic left ventricular segment
- _ Atrial myxoma
- _ Infective endocarditis

Medium-risk

- _ Mitral valve prolapse
- _ Mitral annulus calcification
- _ Mitral stenosis without atrial fibrillation
- _ Left atrial turbulence(smoke)
- _ Atrial septal aneurysm
- _ Patent foramen ovale
- _ Atrial flutter
- _ Lone atrial fibrillation
- _ Bioprosthetic cardiac valve
- _ Nonbacterial thrombotic endocarditis
- _ Congestive heart failure
- _ Hypokinetic left ventricular segment
- _ MI (>4weeks, <6months)

History of medication

Antiplatelets Yes No within 7 days
(_ Aspirin _ Clopidogre I _ Aspirin + Dipyridamole _ Cilostazol _ Triflusal _ Ticlopidine _others _____)

Anticoagulation Yes No within 7 days
(_ Warfarin _ Apixaban _ Dabigatran _ Edoxaban _ Rivaroxabn _ LMWH _others _____)
: 마지막 복용 시각 _____ 알수없음

Anti-hypertension Yes No **statin** Yes No **Other Anti-hyperlipidemia** Yes No **Anti-DM** Yes No

Lesion location

내원후 첫 뇌영상촬영시간 _____
뇌영상 종류 CT MR
내원 1시간 이내 촬영하지않은 이유 내원 1시간 이내 CPR 시행 내원 직전 외부에서 촬영한 뇌영상 있음
 병원 1시간 이내 증상소실(NIHSS 0) 기타: _____ 이유 없음

Index Stroke Location (Symptomatic lesion만 표시)

by territorial	Lt	Rt	Both	By lesional	Lt	Rt	Both	Angiography	Lt	Rt	Both	1/2/3
ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cortex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corona R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BG / IC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thalamus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Midbrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ex-ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In-ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerebellum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Aortic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(1=<50%steno,2=>50%steno,3=occlusion)												
Multiple	<input type="checkbox"/>			Multiple	<input type="checkbox"/>							
Negative	<input type="checkbox"/>			Negative	<input type="checkbox"/>							

Acute treatment

Antiplatelet <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No _ Aspirin _ Clopidogrel _ Aspirin + Dipyridamole _ Cilostazol _ Triflusal _ Ticlopidine _others: ()
Anticoagulation <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No _ Heparin _ Warfarin _ Apixaban _ Dabigatran _ edoxaban _ Rivaroxaban _ LMWH _ Thrombin inhibitor _others _____
Acute patient (IA or IV+IA yes 인 환자) 1) 24시간째 NIHSS : 점 2) Pre TICI grade : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> 3 3) Post TICI grade : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 미확인 4) IA 후 3일 이내 추적 뇌영상 (CT or MRI) <input type="checkbox"/> 미확인 <input type="checkbox"/> 확인 → 영상 확인 결과 Symp HT <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No 5) reperfusion time : 년 월 일 시 분 6) memo: _____

Discharge treatment

Antiplatelet <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No _ Aspirin _ Clopidogrel _ Aspirin + Dipyridamole _ Cilostazol _ Triflusal _ Ticlopidine _others ()
Anticoagulation <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No _ Warfarin _ Apixaban _ Dabigatran _ Edoxaban _ Rivaroxaban _ LMWH _others ()
Intervention _ Decompressive surgery _ bypass surgery _ Endarterectomy _ Angioplasty(stenting) _ others()
Medication for RF DM : HTN : Hyper Lipidemia : Statin : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Others :

Study/Lab/BP

_ Pre enhance CT _ CT Angio _ Perfusion CT _ Routine MRI _ MRA _ Diffusion MRI _ Perfusion MRI _ TTE _ TEE _Holter Monitoring _Aorta CT _TCD ECG _ normal _ abnormal (_MI _LVH _Af) ECG monitoring (20시간 이상) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Initial BP systolic / diastolic : (/)	WBC _____ Hb _____ HCT _____ PLT _____ PT-INR _____ BUN/Cr _____/____ hsCRP _____ T.Chol _____ TG _____ HDL _____ LDL _____ Glucose(FBS)_____ Glucose (initial random glucose) _____ HbA1c _____ D-dimer _____
--	--

Discharge state

퇴원일: 년 월 일 퇴원시 NIHSS _ _ 퇴원시 MRS _ _ _ Expired () Days after Stroke _ Directly related to Stroke _ Indirectly related _ Unknown _ Hopeless discharge _ DAMA _ Transfer _ to rehabilitation _ to other department (_____)

Discharge

to Home

Referred to (_____)

Outcome DB

Event during Admission	
MOSAIC 동의 : <input type="radio"/> 동의 <input type="radio"/> 비동의 <input type="radio"/> 미진행	
<input type="checkbox"/> No END during Admission <input type="checkbox"/> MI during Admission 년 월 일	
Pre mRS : ___ Adm NIHSS:___	
<input type="checkbox"/> END 1	<input type="radio"/> Stroke recurrence → <input type="radio"/> Ischemic <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> Unknow <input type="radio"/> Stroke progression → Brain swelling/IICP <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Symptomatic. HT <input type="radio"/> others → _____ <input type="radio"/> unknown <input type="radio"/> TIA
END1 발생 날짜: 년 월 일 시 분 NIHSS at END : ** Memo(약화항목기록) :	
메모	
END management <input type="checkbox"/> 기존치료유지 <input type="checkbox"/> 약물 치료 변경 <input type="checkbox"/> 중단: <input type="checkbox"/> Mono <input type="checkbox"/> DAPT <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Warfarin <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Edoxaban <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> IV heparin <input type="checkbox"/> SC LMWH <input type="checkbox"/> IV agatroban <input type="checkbox"/> IV tirofiban <input type="checkbox"/> 약물사용 (사용시작) : <input type="checkbox"/> Mono <input type="checkbox"/> DAPT <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Warfarin <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Edoxaban <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> IV heparin <input type="checkbox"/> SC LMWH <input type="checkbox"/> IV agatroban <input type="checkbox"/> IV tirofiban <input type="checkbox"/> 용량 증량 <input type="checkbox"/> 약제 변경: <input type="checkbox"/> Mono → DAPT <input type="checkbox"/> Mono → Triple <input type="checkbox"/> DAPT → Mono <input type="checkbox"/> Mono → other Mono <input type="checkbox"/> DAPT → other DAPT <input type="checkbox"/> 기타 치료 _____ <input type="checkbox"/> Warfarin <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <input type="checkbox"/> Dabigatran <input type="checkbox"/> Edoxaban <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> IV heparin <input type="checkbox"/> SC LMWH <input type="checkbox"/> IV agatroban <input type="checkbox"/> IV tirofiban <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 승압치료 (Induced hypertension): <input type="checkbox"/> 혈관내치료 (endovascular treatment): <input type="checkbox"/> Balloon angioplasty <input type="checkbox"/> Stenting <input type="checkbox"/> Mechanical thrombectomy <input type="checkbox"/> IA tirofiban <input type="checkbox"/> IA UK <input type="checkbox"/> 기타 _____ <input type="checkbox"/> 혈관우회수술 (Bypass operation) <input type="checkbox"/> 감압수술 (decompressive operation) <input type="checkbox"/> 두개내압감압약물 치료 <input type="checkbox"/> 두개내압감압 저체온치료 (target temperature management) <input type="checkbox"/> 수액증강 치료 <input type="checkbox"/> 증량 <input type="checkbox"/> 수액 추가 <input type="checkbox"/> 기타 치료 _____	
Early Stroke recurrence 1) 최소 24시간 이상 신경학적 상태가 안정화되거나 호전되고 있는 상태에서 발생 : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 2) 뇌경색 병변의 부종, 덩이효과, 출혈변환에 의하거나 내과적 원인질환에 의한 증상이 아님 : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 3) 새로운 신경학적 결손이나 악화증상이 있으며 추적 DWI상 병변의 크기 증가로 인한 것이 아닌 별개의 새로운 뇌경색에 의한 경우 (다른 혈관영역에 발생한 것도 포함) : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 4) 새로운 국소 신경학적 결손이나 악화증상이 있으며 추적 CT상 별개의 새로운 병변에 의한 경우: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

DAPT: dual antiplatelet, any kinds of combination of 2 antiplatelet drugs
 Triple: triple antiplatelet, any kinds of combination of 3 antiplatelet drugs
 IV heparin: Intravenous heparin use (IA or EVT 중에 사용하는 heparin은 포함하지 않음.)
 SC LMWH: subcutaneous low molecular weighted heparin

IV tirofiban: glycoprotein IIb-IIIa antagonist (IA or EVT 중에 사용하는 heparin은 포함하지 않음.)

END이후에 변경된 약물을 뜻함. 하위항목의 경우 중복되어 check할 수 있음.

phenylephrine 이외의 dopamine, dobutamine 치료 포함.

혈관내치료: angioplasty, balloon angioplasty, mechanical thrombectomy, stent insertion, intraarterial tirofiban, intraarterial urokinase을 포함하고, 하위 항목에서는 중복 check 할 수 있음.

craniectomy, craniotomy등을 포함.

mannitol, hypertonic saline등을 포함

<input type="checkbox"/> END 2	<input type="radio"/> Stroke recurrence → <input type="radio"/> Ischemic <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> Unknow <input type="radio"/> Stroke progression → Brain swelling/IICP <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Symptomatic. HT <input type="radio"/> others → _____ <input type="radio"/> unknown <input type="radio"/> TIA
--------------------------------	--

END2 발생 날짜: 년 월 일 시 분 NIHSS at END : ** Memo(약화항목기록) :

메모

END management

기존치료유지

약물 치료 변경

중단: Mono DAPT Triple Warfarin Rivaroxaban Dabigatran Edoxaban Apixaban

IV heparin SC LMWH IV agatroban IV tirofiban

약물사용 (사용시작) : Mono DAPT Triple Warfarin Rivaroxaban Dabigatran Edoxaban

Apixaban IV heparin SC LMWH IV agatroban IV tirofiban

용량 증량

약제 변경: Mono → DAPT Mono → Triple DAPT → Mono Mono → other Mono DAPT → other DAPT

기타 치료 _____

Warfarin Rivaroxaban Dabigatran Edoxaban Apixaban IV heparin SC LMWH

IV agatroban IV tirofiban

기타 _____

승압치료 (Induced hypertension):

혈관내치료 (endovascular treatment):

Balloon angioplasty Stenting Mechanical thrombectomy IA tirofiban IA UK 기타 _____

혈관우회수술 (Bypass operation)

감압수술 (decompressive operation)

두개내압감압약물 치료

두개내압감압 저체온치료 (target temperature management)

수액증강 치료 증량 수액 추가

기타 치료 _____

<input type="checkbox"/> END 3	<input type="radio"/> Stroke recurrence → <input type="radio"/> Ischemic <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> Unknow <input type="radio"/> Stroke progression → Brain swelling/IICP <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Symptomatic. HT <input type="radio"/> others → _____ <input type="radio"/> unknown <input type="radio"/> TIA
--------------------------------	--

END3 발생 날짜: 년 월 일 시 분 NIHSS at END : ** Memo(약화항목기록) :

메모

END management

기존치료유지

약물 치료 변경

중단: Mono DAPT Triple Warfarin Rivaroxaban Dabigatran Edoxaban Apixaban

IV heparin SC LMWH IV agatroban IV tirofiban

약물사용 (사용시작) : Mono DAPT Triple Warfarin Rivaroxaban Dabigatran Edoxaban

Apixaban IV heparin SC LMWH IV agatroban IV tirofiban

용량 증량

약제 변경: Mono → DAPT Mono → Triple DAPT → Mono Mono → other Mono DAPT → other DAPT

기타 치료 _____

Warfarin Rivaroxaban Dabigatran Edoxaban Apixaban IV heparin SC LMWH

IV agatroban IV tirofiban

기타 _____

승압치료 (Induced hypertension):

혈관내치료 (endovascular treatment):

Balloon angioplasty Stenting Mechanical thrombectomy IA tirofiban IA UK 기타 _____

혈관우회수술 (Bypass operation)

감압수술 (decompressive operation)

두개내압감압약물 치료

두개내압감압 저체온치료 (target temperature management)

수액증강 치료 증량 수액 추가

기타 치료 _____

Outcome Capture at 3 month Contact loss

3month mRS : 조사날짜 : 년 월 일

Adherence 예 아니오 Not available Informant : 본인 가족 _____

Motivation

- 약물 복용하는 것을 잊은 적이 있습니까? 예 아니오

- 약물 복용 시간을 지키지 못한 적이 있습니까? 예 아니오

- 때 맞추어 처방약 받는 것을 잊은 적이 있습니까? 예 아니오

Knowledge

- 몸 상태가 좋아서 약을 복용하지 않을 때가 있습니까? 예 아니오

- 몸 상태가 나쁘다고 느껴 약을 복용하지 않을 때가 있습니까? 예 아니오

- 약을 먹을 때의 장기적인 이점에 관하여 의사가 말 한대로 알고 있습니까? 예 아니오

지난 1개월 간 복용한 약물량 : ____%(0~100 까지 환자 본인이 생각하는 정도를 표시)

약물 중단이유 : 비싸서 부작용 효과없음 기타 _____

SBP:_____/DBP: _____ 시행날짜: HbA1C:____ 시행 날짜: 년 월 일 * NA일경우 999로 입력하세요

T.chol: _____ TG _____ HDL _____ LDL _____ 시행 날짜: 년 월 일

Atrial fibrillation 여부 Yes No Loop Recorder 여부 Yes No

다음 중 하나 이상의 검사를 시행하였습니까? (CT angiography, MR angiography, vessel wall image, TFCA) Yes No

현재 흡연 여부: 예 아니오 NA

Clinical event No Clinical event until 3month

<input type="checkbox"/> Clinical event1	<input type="radio"/> Stroke recurrence Lesion location of stroke ➔ <input type="radio"/> Ischemic <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> Unknown ➔ <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal <input type="radio"/> Cardiovascular event ➔ <input type="radio"/> Angina <input type="radio"/> AMI <input type="radio"/> Cogestive heart failure <input type="radio"/> Unknown ➔ <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal <input type="radio"/> Other death ➔ <input type="radio"/> Infection <input type="radio"/> extracranial bleeding <input type="radio"/> sudden death <input type="radio"/> 기타_____ <input type="radio"/> Unknown
--	---

발생날짜 : 년 월 일 의사로부터 진단 받았음 진단병원 본원 타병원 _____

본원인 경우

*재발 이전의 뇌졸중의 위치를 표기하세요 *재발 이후 뇌졸중의 위치를 표기하세요

By territory	Lt	Rt	Both
ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negative	<input type="checkbox"/>		

By territory	Lt	Rt	Both
ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negative	<input type="checkbox"/>		

1. Lesion 이 증상에 합당합니까? Yes No

2. Lesion Negative 인 경우 뇌졸중의 sign & symptom 이 맞습니까? Yes No

타원인 경우

** Stroke recurrence (ipsilateral stroke): 뇌졸중 재발이 있다면 어떤 증상이 있었습니까? (해당되는 사항에 모두 표시)

- 갑자기 한 쪽 팔, 다리에 마비(힘이 빠지는)증상 좌 우 양측
- 갑자기 한 쪽 팔, 다리에 감각이 없거나 떨어지는 증상 좌 우 양측
- 갑자기 시야의 한쪽이나 양쪽 반이 보이지 않는 증상
- 갑자기 말이 어눌해지는 증상
- 갑자기 다른 사람의 말을 이해하지 못하거나 자신의 의사를 표현할 수 없는 증상
- 갑자기 사물이 겹쳐 보이거나 두 개로 보이는 증상
- 갑자기 몸의 중심을 잡기 힘들고 어지러운 증상
- 기타 ()

Clinical event2

- Stroke recurrence Lesion location of stroke
 - ➔ Ischemic Hemorrhage TIA Unknown
 - ➔ Fatal Non Fatal
- Cardiovascular event
 - ➔ Angina AMI Cogestive heart failure Unknown
 - ➔ Fatal Non Fatal
- Other death
 - ➔ Infection extracranial bleeding sudden death 기타_____ Unknown

발생날짜 : 년 월 일 의사로부터 진단 받았음 진단병원 본원 타병원 _____

Clinical event3

- Stroke recurrence Lesion location of stroke
 - ➔ Ischemic Hemorrhage TIA Unknown
 - ➔ Fatal Non Fatal
- Cardiovascular event
 - ➔ Angina AMI Cogestive heart failure Unknown
 - ➔ Fatal Non Fatal
- Other death
 - ➔ Infection extracranial bleeding sudden death 기타_____ Unknown

발생날짜 : 년 월 일 의사로부터 진단 받았음 진단병원 본원 타병원 _____

Outcome Capture at 1 Year		<input type="checkbox"/> Contact loss	
1Year Mrs :		조사날짜 : 년 월 일	
지난 3개월-1년간 복용한 약물량 : ____%(0~100 까지 환자 본인이 생각하는 정도를 표시)			
현재 흡연 여부: <input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> NA			
Atrial fibrillation 여부 <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		PFO patch closure 여부 <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
다음 중 하나 이상의 검사를 시행하였습니까? (CT angiography, MR angiography, vessel wall image, TFCA) <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No			
Clinical event <input type="checkbox"/> No Clinical event until 3month to 1year			
<input type="checkbox"/> Clinical event1	<input type="radio"/> Stroke recurrence Lesion location of stroke → <input type="radio"/> Ischemic <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> Unknown → <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal		
	<input type="radio"/> Cardiovascular event → <input type="radio"/> Angina <input type="radio"/> AMI <input type="radio"/> Cogestive heart failure <input type="radio"/> Unknown → <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal		
<input type="radio"/> Other death → <input type="radio"/> Infection <input type="radio"/> extracranial bleeding <input type="radio"/> sudden death <input type="radio"/> 기타_____ <input type="radio"/> Unknown			
발생날짜 : 년 월 일 <input type="checkbox"/> 의사로부터 진단 받았음 진단병원 <input type="radio"/> 본원 <input type="radio"/> 타병원 _____			
<input type="checkbox"/> Clinical event2	<input type="radio"/> Stroke recurrence Lesion location of stroke → <input type="radio"/> Ischemic <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> Unknown → <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal		
	<input type="radio"/> Cardiovascular event → <input type="radio"/> Angina <input type="radio"/> AMI <input type="radio"/> Cogestive heart failure <input type="radio"/> Unknown → <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal		
<input type="radio"/> Other death → <input type="radio"/> Infection <input type="radio"/> extracranial bleeding <input type="radio"/> sudden death <input type="radio"/> 기타_____ <input type="radio"/> Unknown			
발생날짜 : 년 월 일 <input type="checkbox"/> 의사로부터 진단 받았음 진단병원 <input type="radio"/> 본원 <input type="radio"/> 타병원 _____			
<input type="checkbox"/> Clinical event3	<input type="radio"/> Stroke recurrence Lesion location of stroke → <input type="radio"/> Ischemic <input type="radio"/> Hemorrhage <input type="radio"/> TIA <input type="radio"/> Unknown → <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal		
	<input type="radio"/> Cardiovascular event → <input type="radio"/> Angina <input type="radio"/> AMI <input type="radio"/> Cogestive heart failure <input type="radio"/> Unknown → <input type="radio"/> Fatal <input type="radio"/> Non Fatal		
<input type="radio"/> Other death → <input type="radio"/> Infection <input type="radio"/> extracranial bleeding <input type="radio"/> sudden death <input type="radio"/> 기타_____ <input type="radio"/> Unknown			
발생날짜 : 년 월 일 <input type="checkbox"/> 의사로부터 진단 받았음 진단병원 <input type="radio"/> 본원 <input type="radio"/> 타병원 _____			