

imię i nazwisko

wiek

waga

**WYWIAD KARDIOLOGICZNY**

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania zaznaczając prawidłową odpowiedź X

1.	Czy występują bóle w klatce ?	tak	nie
	Czy pojawiają się po wysiłku a ustępują w spoczynku ?	tak	nie
	Jak długo trwają ?	minuty	godziny
2.	Czy stosuje Pan/ Pani nitroglicerynę?	tak	nie
3.	Na które piętro może Pan/Pani wejść bez zatrzymywania ?	1 / 2 / 3 / 4	Nie daję rady
4.	Czy pojawiają się kołatania serca ?	tak	nie
5.	Czy występują omdlenia ?	tak	nie
6.	Proszę podać występujące u Pana/ Pani choroby przewlekłe:		
7.	Czy występuje u Pana/ Pani dusznica bolesna?	tak	nie
8.	Czy zdiagnowowano u Pana/ Pani zawał ? - proszę podać rok .....	tak	nie
9.	Czy ma Pan/ Pani bypasy ?	tak	nie
10.	Czy występuje u Pana/ Pani niewydolność serca ?	tak	nie
11.	Czy stwierdzono u Pana/ Pani obrzęk płuc?	tak	nie
12.	Czy ma Pan/ Pani wszczepiony stymulator/ kardiowerter ?	tak	nie
13.	Czy występuje nadciśnienie tętnicze ?	tak	nie
	Proszę podać najczęściej występujące u Pana/ Pani ciśnienie tętnicze mierzone w domu		
14.	Czy występuje u Pana/ Pani migotanie przedsionków ?	tak	nie
15.	Czy choruje Pan/ Pani na cukrzycę ?	tak	nie
16.	Czy stosuje Pan/ Pani insulinę ?	tak	nie
17.	Czy ma Pan/ Pani podwyższony cholesterol ? - proszę podać ostatni wynik .....	tak	nie
18.	Czy występuje miażdżycza kończyn dolnych ?	tak	nie
19.	Czy kiedykolwiek stwierdzono POCHP ?	tak	nie
20.	Czy występuje astma oskrzelowa ?	tak	nie
21.	Czy choruje Pan/ Pani na choroby tarczycy ?	tak	nie
22.	Proszę podać przebyte operacje		
23.	Czy występuje alergia na leki? Jakiej ?	tak	nie
24.	Czy pali Pan/ Pani papierosy?	tak	nie
25.	Jakie leki przyjmuje Pan/ Pani obecnie ?		

Skierowanie (oryginał), ankietę i ksero wypisu z oddziału kardiologicznego/ wyniki badań, proszę przesłać na adres: PORADNIE SPECJALISTYCZNE MEDICOR, ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo.