

BADANIE PODMIOTOWE PACJENTÓW KIEROWANYCH DO HEMODYNAMIKI

IMIĘ I NAZWISKOwaga.....kg, wzrostcm

BÓLE W KLATCE PIERSIOWEJ

Czy miewa Pani/Pan bóle w klatce piersiowej O tak O nie

Jeśli tak, to proszę je opisać

.....

Czy pojawiają się one po wysiłku O tak O nie

Jeżeli tak, to po jakim dystansie:

wchodzenie po schodach na piętro,

przejściemetrów,

niewielkich wysiłkach O tak O nie

przy toalecie porannej O tak O nie

w trakcie lub po posiłku O tak O nie

Czy występują po zdenerwowaniu O tak O nie

Czy występują w spoczynku (brak jakiejkolwiek aktywności) O tak O nie

Jeśli tak, to jak często i kiedy był ostatni

Jak długo zwykle trwają (minuty, godziny?)

Czy występują bóle nocne O tak O nie

Czy używa Pani/Pan pochodnych nitrogliceryny pod język

(np. sorbonit, aerosonit, nitrogliceryna, nitromint) O tak O nie

Czy bóle w klatce piersiowej ustępują po tych lekach O tak O nie

Czy bóle nasiliły się w ostatnim czasie? O tak O nie

jeśli tak, to od kiedy

DUSZNOŚĆ

Czy odczuwa Pani/Pan duszność (brak powietrza) O tak O nie

Czy pojawia się ona po wysiłku O tak O nie

Jeśli tak, to po jakim dystansie:

wchodzenie po schodach na piętro, przejściemetrów,

niewielkie wysiłki O tak O nie

Czy występuje w spoczynku (brak jakiejkolwiek aktywności) O tak O nie

Jeśli tak, to jak często

Czy w czasie duszności lepiej się Pani/Pan czuje: O na siedząco O na leżąco

O nie ma różnicy

Czy puchną Panu/Pani nogi (obrzęki) O tak O nie

Czy musi wstawać Pani/Pan w nocy do toalety O muszę razy O nie

INNE DOLEGLIWOŚCI

Czy bolą Panią/Pana łydki przy chodzeniu	O tak	O nie
jeśli tak, to po ilu metrach	O bardziej prawa noga	O bardziej lewa noga
	O obie nogi tak samo	
- żylaki	O tak	O nie
- bóle brzucha	O tak	O nie
- biegunki	O tak	O nie
- zaparcia	O tak	O nie
	- bóle głowy	O tak O nie
	- nudności	O tak O nie
	- wymioty	O tak O nie
	- pieczenie przy	O tak O nie
	oddawaniu moczu	

WYWIADY CHOROBOWE

Czy była Pani/Pan w szpitalu z "powodu serca" (proszę napisać kiedy i z jakiego powodu).

Jeżeli przechodziła Pani/Pan zawał serca proszę to zaznaczyć.

(Jeżeli to możliwe, proszę dołączyć dokumentację medyczną)

.....	UWAGI LEKARZA:
.....	
.....	
.....	
.....	

Czy choruje Pani/Pan na **inne choroby przewlekłe** ?

- nadciśnienie tętnicze	O tak	O nie
- cukrzycę	O tak	O nie
czy przyjmuje Pani/Pan insulinę	O tak	O nie
czy przyjmuje Pani/Pan doustne leki na cukrzycę	O tak	O nie
czy stosuje Pani/Pan dietę cukrzycową	O tak	O nie
- zaburzenia lipidowe (wysoki cholesterol, trójglicerydy)	O tak	O nie O nie wiem
- dne moczanową/hiperurikemię	O tak	O nie O nie wiem
- chorobę wrzodową	O tak	O nie
jeśli tak, to kiedy były ostatnie dolegliwości		
- problemy z nerkami	O tak	O nie
jeśli tak to jakie		
- krwawienia w ciągu ostatnich kilku miesięcy	O tak	O nie
- udar mózgu	O tak	O nie
jeśli, tak to kiedy		
- choroby płuc	O tak	O nie
jeśli, tak to jakie i kiedy.....		
- nowotwory	O tak	O nie
jeśli, tak to jakie i kiedy		
- alergie	O tak	O nie
Czy jest Pani/Pan uczulony na jakies leki, środki chemiczne	O tak	O nie
jeśli tak, to na jakie		

Czy miała Pani/Pan jakiegokolwiek badania z użyciem **kontrastu radiologicznego** O tak O nie
jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu

Czy miała Pani/Pan jakieś problemy po zastosowaniu kontrastu O tak O nie
jeśli tak, to co się działo

- **inne choroby**

- **operacje chirurgiczne** , jeśli tak, to jakie i kiedy:

Czy chorowała Pani/Pan na **żółtaczkę** O tak O nie
jeśli tak, to w którym roku

O **choroby zakaźne** O tak O nie

O **Wirusowe zapalenie wątroby** typu O **B** O **C** O inne

O **HIV** O tak O nie

O **inne**, jakie.....

Czy była Pani/Pan **szczepiona na żółtaczkę typu B (WZW B)** O tak O nie
jeśli tak, to ile razy i kiedy była ostatnia dawka

UŻYWKI

Czy pali Pani/Pan **papierosy** O tak, dziennie
O paliłam/łam, ale rzuciłam lat/ miesięcy temu
O nigdy nie paliłam/paliłam papierosów

Spożycie **alkoholu**:

O bardzo rzadko O 1 "drink" w miesiącu O 1-2 kieliszki w tygodniu
O 1-2 kieliszki dziennie O więcej O nadużywałam/łam w przeszłości, ale już nie piję

WYWIAD RODZINNY

Czy ktoś z Państwa rodziny (np. rodzice, rodzeństwo) chorował na :

O serce O chorobę wieńcową O nowotwory

O miał zawał (jeśli tak to kto i w którym roku życia.....)

O miał udar mózgu (jeśli tak to kto i w którym roku życia.....)

O cukrzycę (jeśli tak to kto/

(*odpowiednie podkreślić*) typ cukrzycy 1/ 2 leczenie: insulina/ leki doustne

LEKI

Dotychczas przyjmowane leki O nie pamiętam
O takie, jak w ostatniej załączonej karcie wypisowej

ZAWÓD

..... O obecnie O w przeszłości

O emerytura O renta, jeśli tak to z jakiego powodu.....

