

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

O Gniecenie O Pieczenie O Uciski O Duszność

Czy pojawiają się one po wysiłku O tak O nie

Jeżeli tak, to po jakim dystansie:

wchodzenie po schodach na piętro,

przejście metrów,

Czy bóle występują po zdenerwowaniu O tak O nie

Czy występują w spoczynku O tak O nie

Kiedy był ostatni ból zamostkowy

Jak długo trwają (minuty czy godziny ?)

Czy występują bóle nocne O tak O nie

Czy używa Pani/Pan 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, przejście metrów,

niewielkie wysiłki O tak O nie

Czy puchną Panu/Pani nogi (obrzęki) O tak 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

Żyłaki O tak O nie **Owrzodzenia żyłne** O tak O nie **Zakrzepica** O tak O nie

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

.....
.....
.....

Czy choruje Pani/Pan na inne choroby przewlekłe ?

- **nadciśnienie tętnicze** O tak O nie

- **cukrzycę** O tak O nie

- **wysoki cholesterol** O tak O nie

- **choroby z nerek** O tak O nie

- **krwawienia** w ciągu ostatnich kilku miesięcy O tak O nie
- **udar mózgu** O tak O nie
 jeśli, tak to kiedy
- choroby **pluc** O tak O nie
 jeśli, tak to jakie i kiedy.....
- **nowotwory** O tak O nie
 jeśli, tak to jakie i kiedy
- **alergie wziewne, pokarmowe** O tak O nie
- **żółtaczka, wirusowe zapalenie wątroby(WZW A,B,C)** O A O B O C
- 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 ile lat
 O paliłam/łam, ale rzuciłam (data)
 O nigdy nie paliłam/paliłam papierosów

WYWIAD RODZINNY

- Czy ktoś z Państwa rodziny (np. rodzice, rodzeństwo) chorował na :
- O serce O chorobę wieńcową O miał zawał O nagły zgon sercowy

UCZULENIA

- Czy jest Pani/Pan **uczulony na jakieś leki, środki chemiczne** O tak O nie
 jeśli tak, to na jakie

ZAWÓD..... **podpis pacjenta**

WYPEŁNIA LEKARZ:

UWAGI LEKARZA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data

podpis lekarza