

Nazwisko: _____ Imię: _____ Data: _____
Data Urodzenia: _____ Wiek: _____

Lekarz kierujący/rodzinny: _____

Inni specjaliści opiekujący się panem/pani¹: _____

Główny powód dzisiejszej wizyty u kardiologa?

Mia³ pan/pani jakieg^o z poniższych objawów? (Proszę zaznaczać jeżeli tak)

- Trudności z oddychaniem podczas normalnych zajęć
- Trudności z oddychaniem podczas odpoczynku
- Kaszel
- Powtarzające się momenty szybkiego bicia serca
- Ból w klatce piersiowej
- Palpitacje
- Ból w szyji lub lewej ręce
- Omdlenia
- Niespodziewane przytycie (więcej niż 5 funtów) w ostatnich tygodniach, lub miesiącach
- Zawroty głowy
- Pogarszająca się słabość
- Ból w nogach przy chodzeniu
- Puchnięcie w kostkach
- Wylew
- Nienormalne EKG
- Szmer w sercu
- Gorączka reumatyczna
- Czy pacjent był w szpitalu leczony na serce?
- Czy pacjent miał robione jakiegokolwiek testy lub zabiegi na serce?
Jeżeli tak, to jakie testy? _____
Gdzie i kiedy one były robione? _____

Czy stwierdzono u pana/pani kiedyś?

Podwyższone ciśnienie [] Tak [] Nie Jeżeli tak, to kiedy? _____
Cukrzyce [] Tak [] Nie Jeżeli tak, to kiedy? _____
Wysoki cholesterol [] Tak [] Nie
Jeżeli tak, to jakie leki pan/pani bierze aby obniżyć cholesterol? _____

Choroba płuca [] Tak [] Nie
Choroba żylowa [] Tak [] Nie
Jeżeli tak, to która żylowa? _____ Kiedy? _____

Czy w rodzinie jest historia?

- [] Ataku serca
- [] Operacji na serce
- [] Choroby wieńcowej
- [] Nagłej śmierci
- [] Nadciśnienia
- [] Zablokowanych tętnic/żył

Czy kiedykolwiek pan/pani palił/a? [] Tak [] Nie
Jeżeli tak, to ile papierosów na dzień? _____ Przez jak długo? _____
Jeżeli pan/pani rzucił/a palenie, jak dawno? _____

Ile szklanek na tydzień pan/pani konsumuje?
Wina _____ Piwa _____ Drinki _____

Miasto w którym się pan/pani urodził/a? _____

Czym się pan/pani zajmuje? _____

Czy pan/pani ćwiczy regularnie? [] Tak [] Nie

Stan cywilny? _____

Proszę wymienić inne problemy zdrowotne, jakie pan/pani miał/a:

Wymień operacje które pan/pani miał/a, gdzie i kiedy były one robione?

Operacja _____ Kiedy _____ Gdzie _____
Operacja _____ Kiedy _____ Gdzie _____

Operacja _____ Kiedy _____ Gdzie _____
Operacja _____ Kiedy _____ Gdzie _____

Wymień leki I witaminy jakie pan/pani zażywa:

Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____
Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____
Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____
Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____
Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____
Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____
Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____
Nazwa leku: _____	Dawka: _____	Ile razy dziennie: _____

Czy pan/pani ma alergię na jakiegokolwiek leki? Tak Nie
Jeżeli tak, to na które?

Czy pan/pani ma alergię na kontrast? Tak Nie

Inne alergię?

Czy jest jakieś inny problem jaki pan/pani chce poruszyć?

