HJERTESPESIALISTEN

Før din time hos kardiolog

Kryss av for det som passer. Flere kryss er mulig. Svar ut fra de siste 4 ukene. Skriv «vet ikke» hvis du er usikker.

Navn: _____ Fødselsdato: _____ Dato: _____

Symptomer

Brystsmerter eller ubehag i brystet? ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, karakter: ☐ Trykkende / klemmende ☐ Stikkende ☐ Brennende
Kommer ved: ☐ Aktivitet ☐ Hvile ☐ Begge
Bedres ved hvile: ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke
Stråler til: ☐ Arm ☐ Kjeve ☐ Rygg
☐ Ingen utstråling Varer vanligvis: _____ Annen karakter: _____

Tungpust? ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, når: ☐ Ved aktivitet ☐ I hvile ☐ Når jeg ligger flatt
☐ Trenger ekstra puter for å puste lettere ☐ Våkner om natten av tungpust

Hjertebank eller urolig puls? ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, puls: ☐ Rask ☐ Uregelmessig ☐ Ekstra slag
Hvor ofte: ☐ Daglig ☐ Ukentlig ☐ Sjeldnere
Kommer ved: ☐ Aktivitet ☐ Hvile ☐ Begge
Har du telt pulsen? _____ slag per minutt Varer vanligvis: _____
Besvimt? ☐ Nei ☐ Ja
Nesten besvimt? ☐ Nei ☐ Ja
Hvis ja: Når og i hvilken situasjon? _____
Hovne ben / ankler? ☐ Nei ☐ Ja

Når startet plagene? _____ **Utvikling: ☐ Bedre ☐ Uendret ☐ Verre**

Aktivitet og funksjon

Når får du plager? ☐ Ingen begrensning ☐ Hard trening / rask gange
☐ Vanlig gange / trapper ☐ Påkledning / daglige gjøremål ☐ Plager i hvile
Hvor langt kan du gå før du må stoppe på grunn av plager? _____

Risikofaktorer og familie

Røyking: ☐ Aldri ☐ Sluttet, år: _____ ☐ Nå: _____ sigaretter / dag
Snus / annen nikotin? ☐ Nei ☐ Ja
Alkohol: _____ enheter per uke (én øl / ett lite glass vin)
Foreldre / søsken med hjerteinfarkt eller hjerneslag før 60 år? ☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke
Plutselig død før 50 år eller arvelig hjertesykdom i familien? ☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke
Hvis ja: Hvem, hva og alder da det skjedde? _____
_____

Tidligere sykdom og medisiner

Har du: ☐ Høyt blodtrykk ☐ Høyt kolesterol ☐ Diabetes
☐ Ingen av disse ☐ Vet ikke
Har du eller har du hatt:
☐ Hjerteinfarkt / angina ☐ Hjerterytmeforstyrrelse / atrieflimmer ☐ Hjertesvikt
☐ Hjerteklaffsykdom ☐ Hjerneslag ☐ Lungesykdom ☐ Nyresykdom
☐ Ingen av disse Annen sykdom / hjerteinngrep / pacemaker: _____
Medisiner: ☐ Ingen ☐ Tar med liste med navn og dose ☐ Skriver nedenfor
_____
Allergier / reaksjoner på medisiner: ☐ Ingen kjente ☐ Ja: _____

Hva er viktigst for deg ved denne timen

Hva ønsker du hjelp med eller svar på? _____
_____