

Здравствуйтесь уважаемый пациент!

Эффективность и полнота консультирования на приеме врача-кардиолога CL Doctor будет выше, если Вы заранее заполните анкету о состоянии Вашего здоровья. Это позволит доктору на консультации уделить больше времени для ответов на волнующие Вас вопросы.

Если вы не знаете ответ на вопрос в анкете, то просто не заполняйте графу.

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

1. Ф.И.О. _____

2. Артериальное давление чаще всего, привычное _____/_____ мм.рт.ст.

3. Артериальное давление максимальное _____/_____ мм.рт.ст.

4. Пульс чаще всего, привычный _____ ударов в минуту.

5. Пульс максимальный _____ ударов в минуту.

6. Вы курите? Нет Да, если Да то уточните

– длительность курения |__|!|__| лет; количество сигарет в день |__|!|__| штук

7. Если Нет, то курили ли Вы ранее? Нет Да, если Да, то уточните

– длительность курения |__|!|__| лет; количество сигарет в день |__|!|__| штук,

– не курите последние |__|!|__| лет

8. Есть ли у вас аллергия Нет Да, если Да, то уточните на что и какая

9. Принимаете ли Вы постоянно лекарства?

Нет Да (укажите названия лекарств, их дозы и время приема)

Название лекарства	Доза	Время приема

10. Есть ли у Вас?

	Нет	Да	Как давно
Повышение давления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Ишемическая болезнь сердца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Аритмия, сердцебиение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ лет
Был ли у Вас инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Был ли у Вас инфаркт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Родственники, имеющие повышение давления, заболевания сердца, перенесшие инфаркт или инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ возраст <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж

11. Жалобы в настоящее время (поставить галочки в нужных графах, если ваш ответ ДА)

№	Жалобы (при ответе Да, опишите жалобу подробно)	«Да»
1.	Боли в грудной клетке Если «да», то: при дыхании при движении в покое при нервных нагрузках при других условиях	
3.	Как болит в грудной клетке Другое (написать) _____ Колет, прокалывает Жжет Давит	
4.	Боль в грудной клетке отдает: <input type="checkbox"/> нет, в левую руку, в правую руку, в челюсть, в шею (подчеркните верный ответ)	
5.	Боль в грудной клетке, длительность _____ минут, часов, дней	
6.	Помогает ли нитроглицерин, нитроспрей, изокет спрей?	
	Через какое время помогает _____ минут, часов	
7.	Перебои в работе сердца и/или сердцебиение Если «да», то: при движении в покое при нервных нагрузках при других условиях	
8.	Перебои и/или сердцебиения _____ раз в день, в неделю, в месяц, в год	
9.	Перебои и/или сердцебиения, длительность _____ минут, часов, дней	
10.	Чем снимаются приступы? _____ Укажите, пожалуйста, свой пульс при переboях и/или сердцебиении (если вы его считали) _____	
11.	Одышка Если «да», то: при движении в покое при нервных нагрузках при других условиях	
12.	Отеки ног	
13.	Кашель Если «да», то: сухой с мокротой	
14.	Головная боль Если да, то где и как болит _____	
15.	Головокружение	
16.	Храпите ли вы	
17.	Боли в животе: Если «да», то: голодные боли боли после еды ночные боли боли в правом подреберье опоясывающие боли	
18.	Изжога и/или отрыжка	
19.	Сухость во рту, жажда	
20.	Слабость, потливость	

13. Подробно опишите основную жалобу _____

14. Дата заполнения: «_____» _____ 202__ года.