

FRÅGEFORMULÄR - Kardiovaskulär del - Läkardel

1.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Personnummer

11.

0	5
---	---

13.

--	--

 Journealförare

Angina pectoris

15. Har Ni någon gång haft smärta, tryck eller trånghetskänsla i bröstet?

- | | | |
|--|---|-----|
| | 1 | Nej |
| | 2 | Ja |

Om nej, fortsatt till nummer 23

16. Bröstsmärtor i vila

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| | 1 | Inga vilosmärter |
| | 2 | Vid ilska |
| | 3 | Vid oro och/eller stress |
| | 4 | Vid måltider |
| | 5 | Nattetid |
| | 6 | Utan speciell anledning |
| | 7 | Vid (2 eller 3) + 5 |
| | 8 | Andra tillfällen |

17. Bröstsmärtor vid ansträngning

- | | | |
|--|---|---|
| | 1 | Nej |
| | 2 | I uppförbacke, trappor eller hastig gång på slät mark |
| | 3 | Vanlig takt på slät mark |
| | 4 | Andra tillfällen |

18. Bröstsmärtor vid ansträngning, kyla eller blåst

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Anstränger sig aldrig i kyla eller blåst |

19. Smärtfrekvens

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | 1 gång/vecka |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 1-2 ggr/vecka |
| <input type="checkbox"/> | 4 | 3-6 ggr/vecka |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Dagl enstaka ggr |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Dagl upprepade ggr |

20. Tid för angina pectoris-susp. symptom

- | | | |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | < 1 v |
| <input type="checkbox"/> | 2 | 1-4 v |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 1-6 mån |
| <input type="checkbox"/> | 4 | 6-12 mån |
| <input type="checkbox"/> | 5 | 1-5 år |
| <input type="checkbox"/> | 6 | 5-10 år |
| <input type="checkbox"/> | 7 | > 10 år |

21. Smärta - läkarbedömning

- | | | |
|--------------------------|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inga smärtor |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Typisk angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Susp. angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Infarktmissstanke |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Andra bröstsmärtor |

22. Infarktsmärta 30 min

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

23. Dyspné
Andfåddhet ej begränsad av bröstsmärta
- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Ej andfådd |
| <input type="checkbox"/> | 2 | I uppförsbacke, trappor eller hastig gång på slät mark |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Vanlig takt på slät mark |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Måste stanna på slät mark |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Av- och påklädning |
| <input type="checkbox"/> | 6 | I vila |
24. Andfåddhet - läkarbedömning
- | | | |
|--------------------------|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | Kardiell orsak |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Obstruktiv lungsjd |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Annan lungsjd |
| <input type="checkbox"/> | 9 | Osäker etiologi |
25. Respiratoriska besvär
Torrhosta
- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Det första Ni gör på morgnarna vintertid |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Vanligen under dagen eller natten vintertid |
| <input type="checkbox"/> | 4 | På detta sätt 3 månader under året |
26. Pip i bröstet
- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Vid förkylning |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Utan samband med ÖLI |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Vanligen under de flesta dagar |
27. Upphostningar
- | | | |
|--------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Under dagen eller natten vintertid |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Under de flesta dagar under 3 mån |

28. Rörelseinskränkning av annan orsak än andfåddhet o
bröstsmärta
- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |
29. Övriga symptom
Bensvullnad
- | | | |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Ingen bensvullnad |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ankelsvullnad ibland |
| <input type="checkbox"/> | 3 | "- varje kväll |
| <input type="checkbox"/> | 4 | "- även på dagen |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Bensvullnad |
30. Förekomst av åderbräck
- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |
31. Claudicatio
Smärtor i vaderna
- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, i vila |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, vid gång på slät mark, var ig takt |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, i backar och trappor, eller rask takt på slät mark |
- Om nej, gå vidare till nummer 34
32. Karaktär
- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inga smärtor |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Smärtor, går tillbaka i vila |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Smärtor, går tillbaka vid gång |
33. Duration
- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inga smärtor |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Hur snart efter vila? > 10 min |
| <input type="checkbox"/> | 3 | " " " < 10 min |

Övriga symptom

34.

Nykturi

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Aldrig |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Någon gång |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Vaknar en gång för att kasta vatten |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Kastar vatten flera gånger per natt |

35.

Förekomst av snabb och/eller oroelbunden hjärtverksamhet

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, vid oro |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, vid ansträngning |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, utan spec. anledning |

36.

Regelbunden medicinering

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja |

Om nej, gå vidare till nummer 45

37.

Regelbunden medicinering för:

1 = nej, 2 = ja

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Högt blodtryck | Sort | |
| <input type="checkbox"/> | Hjärta - digitalis | - " | |
| <input type="checkbox"/> | Hjärta - nitroglycerin | | |
| <input type="checkbox"/> | Hjärta - annat | - " | |
| <input type="checkbox"/> | Högt blodfett | - " | |

42.

Tar Ni:

- | | | | |
|--------------------------|---------------|-----|-------|
| <input type="checkbox"/> | Psykofarmaka | - " | |
| <input type="checkbox"/> | Insulin | - " | |
| <input type="checkbox"/> | Övrig medicin | - " | |

Om högt blodtryck föreligger, vilket år inleddes be-
handling?

45.

--	--

Om sockersjuka föreligger, vilket år upptäcktes det?

47.

--	--

Lämnade uppgifter i det hered ära frågeformuläret be-
seras på

49.

2 Biologisk moder

3 Ej biologisk moder

50.

2 Biologisk fader

3 Ejbiologisk fader

Föräldrar besläktade

51.

1 Nej

2 Ja

Hur?.....

Markera eventuella halvsyskon i det hereditära formu-
läret.

52.

--	--	--	--	--

Makes/sammanboendes vike?