

MONICA 1990

ID nr

|_|_|_|_|_|

Utsänt pff, datum (år-mån-dag) |_|_|_|_|_|_|_|

Svarat, datum (år-mån-dag) |_|_|_|_|_|_|_|

Undersökningsprotokoll

Undersökningsdag (år-mån-dag) |_|_|_|_|_|_|_|

Tid på dagen (närmaste timma 17.29 blir 17; 17-30 blir 18) |_|_|_|

Längd cm (utan skor) |_|_|_|_|

Vikt kg, en decimal (utan kavaj och skor) |_|_|_|_|_|

Vilken tid åt Du senast en måltid omfattande
minst en smörgås, wienerbröd, bakelse el liknande?
(närmaste timma, se ovan!) |_|_|_|

Bukomfång |_|_|_|_|

Bäckenomfång |_|_|_|_|

Blodtryck 1, observatör nr |_|_|_|

 systoliskt random zero, absolut |_|_|_|_|

 diastoliskt (fas 5) " " " |_|_|_|_|

 "nollvärde" " " " |_|_|_|

 pulsfrekvens |_|_|_|_|

Blodtryck 2

 systoliskt random zero, absolut |_|_|_|_|

 diastoliskt (fas 5) " " " |_|_|_|_|

 "nollvärde" " " " |_|_|_|

Kolesterol mmol/l |_|_|_|_|

Triglycerider mmol/l |_|_|_|_|

Alfa-kolesterol |_|_|_|_|

Fibrinogen |_|_|_|_|

Thiocyanat |_|_|_|_|

Ja = 1, Nej = 2, Okänt = 9

Är Du för närvarande

I fullt arbete	= 1	Deltidspensionerad/ halvt sjukskriven	= 4	
Förtidspensionerad	= 2	Sjukskriven helt	= 5	
Folkpensionär	= 3	Arbetslös	= 6	
		Annat	= 7	<input type="text"/>

Lider Du av sockersjuka? Vilket år upptäcktes det?.....

Behandlas Du i så fall med:

Insulin	= 1	
Tabletter	= 2	
Diet	= 3	
Ingetdera	= 4	<input type="text"/>

Har Du någon gång behandlats för högt blodtryck? Om ja: Upptäcktes det vid hälsoundersökning? Vilket år upptäcktes det? Står Du på blodtryckssänkande medicin?

Läkarens namn?

Har Du haft hjärtinfarkt? Om ja: När hade Du detta? Var Du intagen på sjukhus?

Vilket sjukhus?

Har Du haft hjärnblödning eller propp i hjärnan? Om ja: När hade Du detta? Var Du intagen på sjukhus?

Vilket sjukhus?

Har Du någon gång haft smärta, tryck eller trånghets känsla i bröstet? | |

Om ja: Gå till anginaformulär.

Läkarbedömning enligt formulär (ifylles av sköterska) | |

Går Du på regelbundna kontroller för sjukdom? | |

Vilken sjukdom?

Läkarens namn?

Hur ofta?