

Imię, nazwisko: Wiek:

PESEL

Numer telefonu:

e-mail:

CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA CHOROBY WIEŃCOWEJ ORAZ ZAWAŁU SERCA

- Choroba wieńcowa
 - u matki poniżej 65 r.ż. TAK NIE
 - u ojca poniżej 55 r.ż. TAK NIE
- Palenie papierosów TAK NIE
 - Jeśli już Pani/Pan nie pali proszę podać datę od kiedy
- Cukrzyca TAK NIE
- Nadciśnienie tętnicze TAK NIE
- Miażdżycza tętnic obwodowych (aorta, tętnice obwodowe) TAK NIE
- Udar TAK NIE
- Podwyższone stężenie cholesterolu we krwi TAK NIE
 - Poziom całkowitego cholesterolu HDL LDL
- Czy przyjmuje leki obniżające cholesterol? TAK NIE
- Inne

PRZEBYTE ZABIEGI DOTYCZĄCE SERCA

- Koronarografia TAK NIE
- Angioplastyka – PTCA TAK NIE
- Angioplastyka z wszczepieniem stentu/ów TAK NIE
- Operacja wszczepienia by-passów TAK NIE
- Ablacja TAK NIE

DODATKOWE INFORMACJE

- Przebyty zawał serca (podać datę) TAK NIE
- Aktywność fizyczna (30 min aktywności na dobę) 1. brak 2. niska 3. średnia 4. wysoka
- Data ostatniej miesiączki

WYPEŁNIA PERSONEL PRACOWNI

- Wzrost • Waga • Ciśnienie tętnicze • Akcja serca (tętno)
- Obwód brzucha na wysokości pępka
- CZY PODANO B-BLOKER DOŻYLNIE TAK NIE
- CZY PACJENT PRZYJMUJE DOUSTNY B-BLOKER TAK NIE
- Akcja serca podczas badania RÓWNA / NIERÓWNAuderzeń/min
- Artefakty ruchowe TAK NIE

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

.....
Imię i nazwisko Podpis Pacjenta



Numer Certyfikatu 14496
ISO 9001
ISO 14001

Informacja o administratorze danych:

Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Affidea Sp. z o.o., Plac Europejski 2, 00-844 Warszawa. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.