



Med blanketten samlar vi uppgifter om tillståndet i ert hjärta och hur egenvården blivit verkställd.

Vi ber Er fylla i blanketten före Ni kommer till kontrollmottagningen.

Namn	Personsignum	Datum
Hjärtsjukdomar jag vet om		
På mitt FPA –kort finns följande koder antecknade för specialersättning	201 <input type="checkbox"/>	205 <input type="checkbox"/> 206 <input type="checkbox"/> 207 <input type="checkbox"/>
Den målnivå för mitt blodtryck som jag känner till är under: _____ / _____	Jag känner inte till min målnivå: <input type="checkbox"/>	
Den målnivå för mitt LDL kolesterol som jag känner till är under: _____ / _____	Jag känner inte till min målnivå: <input type="checkbox"/>	

Kryssa det alternativ vid varje fråga som bäst beskriver Er situation

SYMPTOM:	Dagligen	Varje vecka	Sällan	Inte alls
1. Smärtor i bröstet förekommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag behöver nitro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andra smärtor förekommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag behöver värkmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Andnöd förekommer	a) i vila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) vid rörelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Känsla av rytmstörningar förekommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jag sover gott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag upplever att jag är vid gott mod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SJÄLVKONTROLLENS HANTERING:	Dagligen	Varje vecka	Sällan	Inte alls
1. Jag använder dosett för medicinerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jag glömmer ibland att ta hjärtmedicinerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jag kontrollerar mitt blodtryck regelbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag väger mig om morgnarna Viktförändringar de senaste veckorna:	ökat	kg i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gått ner	kg i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jag motionerar (simmar, skidar, promenader o.d)	timmar / vecka			
6. Rökning, mängd	askar / vecka			
7. Alkoholkonsumtionen	alkoholportioner / vecka			
8. Jag har besökt tandvården senast	år			

Jag behöver handledning i följande ärenden:

Fortsätt vid behov på omstående sida

Tack för Ert svar!

Ta till mottagningen utöver denna blankett:

- Uppgifter om självkontrollen (blodtryck, vikt)
- Uppgifter om medicineringen hemma/iakttagelser om medicinerings effekt/bieffekter
- Alla recept
- Uppgifterna i sjukjournalen från eventuella andra vårdenheter