

Personnummer

12

Utsänt pff, datum 8 3 1 2 1 9 18
år mån dagSvarat pff, datum 8 3 1 2 2 8 24
år mån dagUndersökningsprotokollUndersökningsdag 8 3 1 3 1 30
år mån dag

Tid på dagen (närmaste timma, 17,29 blir 17; 17.30 blir 18) 08 32

Längd cm (utan skor) 164 35

Vikt kg, en decimal (utan kavaj och skor) 059,8 39

Vilken tid åt Ni Er senaste måltid omfattande minst en
smörgås, wienerbröd, bakelse el liknande?
(närmaste timma, se ovan!) 07 41

Bukomfang 089 44

Bäckenomfang 074 47

Blodtryck, observatör nr 83 49

systoliskt random zero, absolut 138 52

diastoliskt (fas 5) " " " 114 55

"nollvärde" " " 32 57

Pulsfrekvens (räknas palp. under hälv minut) 070 60

Cholesterol mmol/l 06,3 63

Triglycerider mmol/l 01,3 66

Fibrinogen 68

Temp 36,0 71

Personnummer

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

EKG:Observatör nr (avläsare) 73Hjärtfrekvens 761 - 1 Q and QS patterns 771 - 2 "- 781 - 3 "- 792 QRS axis deviation 803 High amplitude R waves 814 S-T junction (J) and segment depression 825 T wave items 836 A-V conduction defect 847 Ventricular conduction defect 858 Arrhythmias 869 Miscellaneous items at rest 87

Personnummer

--	--

Ja = 1, Nej = 2, Okänt = 9

Är Ni för närvarande

I fullt arbete = 1
 Förtidspensionerad = 2
 Folkpensionär = 3

Deltidspensionerad/
 halvt sjukskriven = 4
 Sjukskriven helt = 5
 Arbetslös = 6
 Annat = 7

Lider Ni av sockersjuka?

Behandlas Ni i så
fall med:

Insulin = 1
 Tablettter = 2
 Diet = 3
 Ingetdera = 4

Har Ni någon gång behandlats för högt blodtryck?

Om ja: Upptäcktes det vid hälsoundersökning?

Vilket år upptäcktes det?

Står Ni på blodtryckssänkande medicin?

Läkarens namn?

Har Ni haft hjärtinfarkt?

Om ja: När hade Ni detta?

Var Ni intagen på sjukhus?

Vilket sjukhus?

Har Ni haft hjärnblödning eller propp i hjärnan? 2

Om ja: När hade Ni detta?

Var Ni intagen på sjukhus?

Vilket sjukhus?

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

Om ja: - gå till anginaformulär.

Mjölkprakt

Läkarbedömning enligt formulär 3

Brukar Ni få smärtor i vaderna när Ni går i backar,
trappor eller på plan mark? 2

Om ja: - gå till claudicatioformulär.

Läkarbedömning enligt formulär

Får Ni vita fingrar om det är kallt ute? 2

Om Ja: - gå till Raynaudformulär.

Läkarbedömning enligt formulär

Går Ni på regelbundna kontroller för sjukdom? 2

Vilken sjukdom?

Läkarens namn?

Hur ofta?

Har Ni den senaste veckan tagit några mediciner?
Om ja - gå vidare! (Fyll i preparat och dosering)

✓

- Subling nitro
- Långverk nitro
- B-block, sel.
- B-block osel.
- Ca-ant.
- Digitalis
- Antiarytmika typ I
- Övriga B-med.
- Blodfettsänkande
- Vattendrivande
- Övriga bltr-med.
- Antikoagulantia
- Antidiabetika
- Bronkdilatantia
- Steroider
- Medel för magtarmkanalen
- Analgetika, antiflogistika *Alvedon Igny*
- Psykofarmaka, sömmedel
- Andra läkemedel
- Naturmedel

Har Ni de senaste två veckorna haft förkylningssymtom?
(snuva, hosta, feberkänsla)

✓

Åtgärdsformulär i samband med screening 1983

Besked beträffande EKG

Normalt = 1
Abnormitet som ej fordrar åtgärd = 2
" " kräver åtgärd = 3
(t ex förmaksflimmer)

Vissa 80-jårade
fat.

2

För samtliga nedanstående gäller:

Väl omhändertagen/ej aktuellt med åtgärd = 1
Allmänna råd + ev. broschyr = 2
Tid ordnas vid hypertonimott. på
poliklinik el. dylikt = 3
Pat får själv ordna tid = 4

Åtgärder pga hypertoni

" " rökning

" " annat

Observatörsnummer

01

Peak flow

1.

4	1	5	0
---	---	---	---

 l/min
2.

4	1	4	0
---	---	---	---

 "
3.

4	1	7	0
---	---	---	---

 "