



Laboratorielista

Forts. kort 2

Personnummer .....  -

Undersökningsdag .....

35 40

år mån dag

Tid på dagen (närmaste timma, 17.29 blir 17; 17.30 blir 18)

41 42

Längd cm (utan skor) .....

43 44 45

Vikt kg, en decimal (utan kavaj) .....

46 47 48 49

Blodtryck: observatör nr .....

50 51

systoliskt .....

52 53 54

diastoliskt (fas 5) .....

55 56 57

Cholesterol mg% .....

58 59 60

Triglycerider, mMol (2 decimaler) över 10.0 kodas 9.99

61 62 63

Lipokrit 1 resp. 2 .....

64 65

EKG:

Observatör nr (avläsare) .....

66

Hjärtfrekvens .....

67 68 69

1 - 1 Q and QS patterns .....

70

1 - 2 "- .....

71

1 - 3 "- .....

72

2 QRS axis deviation .....

73

3 High amplitude R waves .....

74

4 S-T junction (J) and segment depression .....

75

5 T wave items .....

76

6 A-V conduction defect .....

77

7 Ventricular conduction defect .....

78

8 Arrhythmias .....

79

9 Miscellaneous items at rest .....

80

WHO:s kampanj mot hjärt - kärlsjukdom

Kort nr ..... 

1	2
---	---

Personnummer ..... 

3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---

 - 

9	10	11	12
---	----	----	----

Genomgående: Ja = 1, Nej = 2, Ej svar = 9; Hö = 1, Vä = 2

- Har Ni haft hjärtinfarkt? .....  13
- Har Ni sockersjuka? .....  14
- Har Ni haft magsår som bevisats vid röntgenundersökning? .....  15
- Har Ni under det senaste året haft magbesvär av detta slag? .....  16

Cerebrovaskulär sjukdom TIA

Har Ni haft hjärnblödning eller propp i hjärnan? .....  17

Om nej, till nästa avdelning, kolumn 27

Om ja, när hade Ni detta? ..... 

18	19
----	----

 - 

20	21
----	----

  
år mån

- Var Ni intagen på sjukhus? .....  22
- Vilket sjukhus? .....  23
- Var Ni förlamad? .....  24
- Vilken sida av kroppen? .....  25
- Har Ni fortfarande symtom? .....  26
- Vilka? .....

Har Ni haft övergående förlamning/domning (arm/ben/mungipa)? .....  27

Om ja, vilken sida? .....  28

Har Ni haft övergående talrubbing? .....  29

Har Ni haft övergående blindhet? .....  30

Halva synfältet borta = 1, annan synrubbing = 2, komb. = 3 .....  31

Hur många attacker av ovanstående slag har Ni haft? ..... 

32	33
----	----

När debuterade ovanstående symtom? ..... 

34	35
----	----

 - 

36	37
----	----

  
år mån