

MONICA 1994-95

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 kava) 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" " " " | | | |

FRÅGEFORMULÄR FÖR ANGINA PECTORIS

Run in nr | Kort nr (1 - 2)

Patientnamn		Personnr:	3	12					
Undersökare	Undersökningstillfälle nr	Undersökningsdat.							
		(år, månad, dag) :							

1. Har Ni någon gång haft smärta, tryck eller trånghetskänsla i bröstet ? JA = 1, NEJ = 2 (om NEJ stanna här) 19

Om JA

2. Tycker Ni att det haft samband med ansträngning ? JA = 1, NEJ = 2 (om NEJ gå till fråga 12)..... 20

3. Får Ni det i uppförsbackar eller trappor eller om Ni skyndar Er (jakter) ? JA = 1, NEJ = 2, Går aldrig i uppförsbackar eller skyndar sig = 3 ... 21

4. Får Ni det vid gång i vanlig takt på jämn mark? JA = 1, NEJ = 2..... 22

5. Får Ni det vid tungt arbete med armarna ? JA = 1, NEJ = 2, Arbetar aldrig med armarna = 3..... 23

6. Får Ni det vid ansträngning i kyla eller blåst ? JA = 1, NEJ = 2, Anstränger sig aldrig i kyla eller blåst = 3..... 24

7. Vad gör Ni om besvären kommer på ? Stannar = 1, Saktar ner = 2, Fortsätter = 3..... 25

8. Om Ni stannar, hur går det då ? Lättar = 1, Lättar inte = 2 26

9. Hur snart ? Inom 10 min = 1, Efter mer än 10 min = 2 27

10. Vill ni visa mig var Ni brukar känna dessa besvär?
 Övre sternum = 1
 Mellersta delen av sternum = 2
 Nedre sternum = 3
 Vänstra främre brösthalvan = 4 28

11. Strålar smärtorna ut ?
 Ingen utstrålning = 1
 Vänster arm = 2
 Höger arm = 3
 Båda armarna = 4
 Halsen = 5
 Armar och hals = 6
 Ryggen = 7
 Buken = 8 29

12. Har Ni haft bröstsmärtor i vila ?
 Inga vilosmärter = 1
 När Ni blir upprörd eller arg = 2
 Vid oro och ångslan, "stress" = 3
 I samband med måltider = 4
 Utan speciell anledning = 5
 Nattetid = 6
 Vid kombinationer = 7 30

13. Hur ofta har Ni smärtor under vintern (nov. - mars) ?
 Aldrig = 1
 Enstaka gånger = 2
 Några gånger per månad = 3
 Några gånger per vecka = 4
 Dagligen = 5 31

MONICA 1994-1995

ID nr

--	--	--	--	--

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 | <input type="checkbox"/> |
| | | Annat | = 7 | <input type="checkbox"/> |

Lider Du av sockersjuka?

Vilket år upptäcktes det?

Behandlas Du i så fall med:

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

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?

Information om:

Blodtryck

Läkarbesked:

U.a.

Kontroll

Åtgärd:

.....

EKG

Läkarbesked:

U.a.

Kontroll

Åtgärd:

.....

Övrigt:

.....

.....