





# PASIENTSKJEMA

ved hjertekateterisering  
Helseregion III  
Sentralsykehuset i Rogaland, Stavanger  
Haukeland Sykehus, Bergen

WENBIT-nummer

Blodprøvenummer

For sykehuset:  
Navn- og adresse-lapp  
med strekkode skal  
limes på her *innenfor*  
feltet

Navn/dato .....     
underskrift

**Les nøye:** For å få en god vurdering av din hjertesykdom, ber vi deg svare på dette skjemaet og ta det med til undersøkelsen. **Skjemaet må fylles ut nøyaktig da det benyttes til journalskriving og kvalitetssikring.** Er du usikker, noterer du i margin. Ved årstall noteres de to siste sifrene.

## Familiebelastning

Har noen i nærmeste familie hatt angina/hjertekrampe/hjerteinfarkt før 70 års alder? Nei....  Ja.....

Far .....  Fars søsken...  Fars foreldre...  Egne søsken...  Egne barn.....   
Mor.....  Mors søsken...  Mors foreldre...  Søsknebarn...  Vet ikke.....

Alder til den med tidligst symptom.....  Alder til yngste som døde av hjertet.....   
alder i år alder i år

Er det tilfeller av plutselig uventet dødsfall i familien før 55 års alder hos menn eller 65 års alder hos kvinner?  
Nei....  Ja.....

## Røyking

Aldri røkt.....  Evt start  Ev sluttet  Vis du sluttet siste året,  Røkt i total   
Røker fortsatt  ved alder  ved alder  hvor mange mnd siden  antall år.....   
alder i år alder i år antall mnd antall år

Hvis du har røkt, hvor mange sigaretter har du røykt pr. dag i snitt? 0-10..  11-20..  Mer enn 20...   
Hvis du fortsatt røker, hvor mange sigaretter røyker du nå pr. dag? 0-10...  11-20...  Mer enn 20...

## Alkohol

Moderat inntak av alkohol kan muligens beskytte mot utvikling av hjertekarsykdom. Dersom 1 enhet alkohol = 1 liten flaske pils = 1 glass vin = 1 drink (brennevin), hvor mange enheter drikker du i gjennomsnitt pr uke? 1 fl vin = 6 enheter.

Intet forbruk...  Mindre enn 1.  1-3....  4-6....  7-12..  Mer enn 12 enheter pr dag.

## Kaffe og te

Hvor mange kopper kaffe drikker du per dag? 0  Ca 1  2-4  Minst 5  Evt hva slags kaffe drikker du oftest?  
Hvor mange kopper te drikker du per dag?     Filter...  Kokekaffe....   
Pulver  Koffeinfri.....

## Fysisk aktivitet

Hvor ofte mosjonerer du Aldri Ca 1 2-3 Minst 4 Evt hva slags Går tur Jogger Sykler Svømmer Annet  
i gjennomsnitt per uke?.....     mosjon er dette?...

## Kolesterol

Høyeste verdi målt (før evt medikam behandling)   Hvilket  År med kolesterol-   Evt år m full  
Vet ikke.....  kolesterolverdi årstall senkende medisin   kostendring   
antall år antall år

## Høyt blodtrykk

Har du eller har du hatt høyt blodtrykk? Har blodtrykket vært behandlet med tabletter? Hvis ja,   
Nei.....  Ja....  Nei....  Ja.....  hvor lenge..   
antall år

## Sukkersyke

Har du sukkersyke? Ja, hvor  Hvis ja, hva slags behandling får du nå? Vis insulin, har du tidl. hatt tablett-  
Nei.....  lenge...  Kost...  Tabletter  Insulin  behandling? Nei...  Ja   
antall år

**Hjertekarsykdom**

<i>Har du hatt følgende:</i>	Nei	Ja	Antall ggr	Årstall	<i>Har du hatt følgende:</i>	Nei	Ja	Antall ggr	Årstall
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Smerter i leggene ved gange som forsvinner når en er i ro (røykebein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ballongblokking av kransåre i hjertet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Blodpropp i bena.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bypass-operasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Operasjon/blokkering årene til bena..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hjerneslag/drypp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Operasjon på hovedpulsåren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Operasjon på halsårene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Blodpropp i lungene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Andre sykdommer eller plager**

<i>Har du eller har du hatt følgende:</i>	Nei	Ja	<i>Har du eller har du hatt følgende:</i>	Nei	Ja
Hjerteflimmer av og til.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreftsykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteflimmer kronisk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sår på magesekk, spiserør eller tolvfingertarm...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma, kronisk astmabronkitt/KOLS...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plager med sure oppstøt eller brystsvie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen lungesykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kronisk tykktarmsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt stoffskifte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen mage/tarmsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavt stoffskifte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose/benskjørhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leddgikt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen plage fra muskler/skjelettet (senebet. mm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen reumatisk sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Søvnproblem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utslett eller annen hudsykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angst eller annen psykisk plage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redusert hukommelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annen sykdom/plage eller annen kommentar: .....

**Vitaminer, tran og kosttilskudd**

<i>Hvor ofte bruker du</i>	Aldri	Av og til	Ofte	Daglig	<i>Hvilke typer tar du (sett evt kryss i flere bokser)</i>	
Vitamin, tablett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multivitamin..... <input type="checkbox"/>	B-vitamin..... <input type="checkbox"/>
Vitamin, flytende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C-vitamin..... <input type="checkbox"/>	E-vitamin..... <input type="checkbox"/>
Tran.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/D-vitamin..... <input type="checkbox"/>	Folsyre/folat.... <input type="checkbox"/>
Jerntabletter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q-10..... <input type="checkbox"/>	Selén..... <input type="checkbox"/>
Annet kosttilskudd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiskeolje/Omega3.. <input type="checkbox"/>	Hvitløk..... <input type="checkbox"/>

**Medikamenter (også insulin, vitaminer, kosttilskudd) som du bruker nå**

Navn på tablett	Tablett-styrke	Antall tabletter X pr gg	Antall ggr pr dag	Navn på tablett	Tablett-styrke	Antall tabletter X pr gg	Antall ggr pr dag
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Allergi**

Er du allergisk mot noen medisintyper? Nei..... Ja..... Usikker....

Evt hva slags reaksjon?..... Evt mot hvilke medisiner? .....

navn eller type medikament

**Infeksjon og antibiotika**

*Har du hatt infeksjon med feber siste året?*  
 Nei..... Ja..... Hvis ja, antall måneder siden siste infeksjon.  antall

*Har du brukt antibiotika (f. eks. penicillin) siste året?*  
 Nei..... Ja..... Usikker.... Hvis ja, hvor mange antibiotikakurer har du tatt.....  antall

**Bare for legen**

<b>ASA</b>	Warfa	Dipyri	<b>ACE-h</b>	AT-II-h	<b>Betabl</b>	Alfabl	<b>Ca-bl</b>	<b>Nitro</b>	<b>Statin</b>	Resin	Amiodar	Digitalis	Insulin	<b>Metform</b>	Sulfon	An adiab
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LM-Hep	<b>GP11b/IIIa</b>	An akoag	<b>Loopdiur</b>	Thiazid	Spironol	NSAID	Prednis	Imurel	Metotrex	Cya	Anthist	B12-inj	Folsyre	Thyrox	Antidep	Østrogen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brukerkode lege

Skjemaversjon  
11.12.2008 ON