

SKEMA som skal udfyldes før du kommer til ÅRSKONTROL for din BLODTRYKS BEHANDLING eller din HJERTESYGDOM:

1) Har du været indlagt for noget med hjertet eller kredsløbet det sidste år?

2) Hvor svær oplever du din sygdom?

Du skal sætte kryds i både "symptom-skema" og "åndenøds-skemaet"

Symptomschema (CCS)

sæt eet kryds i det felt som passer bedst

0) Ingen smerter i bryst, arm el. hals ved betydelig anstrengelse	
1) Kun hjertesmerter ved større fysisk aktivitet	
2) Hjertesmerter ved hurtigere gang, trappegang, efter måltid, i forbindelse med kulde el. blæst	
3) Betydelig begrænsning af almen aktivitet – eks. mindre end et par hundrede meters gangdistance	
4) Åndenød i hvile eks: du bliver forpustet ved at tale eller ved stillingsændringer	

Åndenødsskema (NYHA)

sæt eet kryds i det felt som passer bedst

1) Ingen åndenød, selv ikke ved betydelig anstrengelse	
2) Åndenød ved moderat anstrengelsesniveau Eks: du kan ikke følge med raske jævnaldrende i let øget tempo	
3) Åndenød ved let fysisk anstrengelse. Eks: Du bliver forpustet ved gang i eget tempo inden døre	
4) Betydelig begrænsning af almen aktivitet – eks. mindre end et par hundrede meters gangdistance	

3) Ryger du?

Ja Nej

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis ja hvor meget?

Vil du gerne have hjælp til at holde op?

4) Er du fysisk aktiv?

Hvor mange minutter om dagen er du moderat fysisk aktiv (pulsene stiger, men du kan tale mens du motionerer/er aktiv).	
Hvor mange minutter om ugen er du aktiv med høj fysisk intensitet (pulsene er høje, du føler dig forpustet, og har svært ved at føre en samtale).	

5) Bruger du Nitroglycerin?

Ja Nej

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis ja – hvor ofte?

6) Har du taget på i vægt?

Ja Nej

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis ja hvor meget?

7) Har du hævede ben?

Ja Nej

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8) Får du smerter i læggene når du går?

Ja Nej

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis ja – efter hvor mange meter?:

9) Har du kolde fødder?

Ja Nej

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10) Hvordan er dit humør?

Har du i løbet af de sidste 4 uger været meget generet af?

	Ja	nej
1: Manglende interesse eller glæde ved de daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2: Har du følt dig nedtrykt eller deprimeret og synes at alt ser håbløst ud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: Nervøsitet, angst eller anspændthed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: Bekymringer om mange forskellige ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>