



FRÅGEFORMULÄR INFÖR SCREENING AV HJÄRTAT

Förnamn:
Efternamn:
Personnummer:
Adress:
Telefonnummer:

Var god texta tydligt

Personlig historik	JA	NEJ
1. Har du svimmat eller varit nära att svimma <i>under</i> fysisk ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du svimmat eller varit nära att svimma <i>efter</i> fysisk ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du upplevt överdriven eller oförklarlig andfåddhet eller fysisk trötthet under ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rusar ditt hjärta, hoppar över ett slag eller slår oregelbundet under ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du några aktuella eller tidigare sjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilka? _____		
6. Tar du några mediciner? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vilka?

Ärftlighet	JA	NEJ
1. Har personer yngre än 50 år i din släkt dött plötsligt p.g.a. hjärtsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, av vilken sjukdom? _____		
2. Har personer yngre än 50 år i din släkt dött av en oförklarlig anledning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilken ålder och i vilket sammanhang? _____		
3. Har du någon nära släkting med hjärtsjukdom som är yngre än 50 år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, vilka sjukdomar? _____		
4. Finns det någon i din släkt som har specifika hjärtsjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tex: hypertrof kardiomyopati, dilaterad kardiomyopati, Marfans syndrom, långt QT-syndrom, allvarliga hjärtrytmrubbningar eller behandlas av en pacemaker.		
Om ja, hur nära är släktingen och vilka sjukdomar har hen?		
