

Henvising til hjertepol SØ: mistenkt stabil koronarsykdom

Fyll i skjema og send som vedlegg til henvisningsbrevet.

Dette er nødvendige opplysninger vi behøver for å vurdere henvisingen og planlegge utredningen.

		Ja	Nei
1.	Kjent iskemisk hjertesykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Om Ja:		
	Tidl PCI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ACB op?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Aktuelle symptomer:		
	a. Typisk retrosternalt ubehag og varighet < 15-20 minutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Provosert av anstrengelse eller emosjonelt stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Bedres av hvile og eller NG sl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ikke smerter, men kun dyspnoe ved anstrengelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Funksjonsnivå:		
	I Ikke symptom v/normal aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	II Lett begrensning av normal aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	III Uttalt begrensning av normal aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IV Klarer ikke fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Risikofaktorer:		
	Hereditet: 1.grads slekninger med koronarsykdom, menn<55, kv <65år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hjertesvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hyperlipdemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perifer kar sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Røyker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eksrøyker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Annet:		
	Kols/Asthma bronkiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atrieflimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Har pasienten pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kan pasienten gjennomføre AEKG/sykle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Proteser i hofter eller knær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nødvendige vedlegg:

EKG

Blodprøver: lipider, hb, BNP ved dyspnoe, elektrolytter, Kreatinin

Henvisingsskriv med tidliger sykehistorie og aktuelle symptomer og funn

Aktuell medikamentliste.

FORELIGGER DET PASIENTRELATERTE FAKTORER (KOLS, CEREBRALT INSULT, RULLATOR BRUK, ANNET SOM VANSKELIGGJØR ELLER FORHINDRER EN BELASTNINGSTEST:

