

Frågeformulär för riktad hjärtkontroll av idrottare



Frågeformulär för riktad hjärtkontroll av idrottare

Namn: _____

Födelsenummer(ÅÅMMDD-NNNN): _____

Längd(cm): Vikt(kg): _____

A Ärftlighet

Har någon nära släkting (förälder, syskon) haft:

	Ja	Nej
1 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Höga blodfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tidig hjärtinfarkt eller kärlkramp (före 50 år).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Plötslig död	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Känd annan hjärtsjukdom före 50 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Annan hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Marfans syndrom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ja på någon av frågorna ovan, beskriv mer exakt här

B Symptom

Har Du själv känt:

	Ja	Nej
1 Bröstmärta eller obehag i bröstet vid ansträngning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Kraftig "onormal" andfåddhet el. trötthet vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hjärtklappning eller rytmrubbning vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Svimning eller svimningskänsla vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Yrsel vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ja på någon av frågorna ovan, beskriv mer exakt här

C Sjukhistoria

Har Du själv tidigare haft:

	Ja	Nej
1 Högt blodtryck någon gång i livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 "Blåsljud" på hjärtat, t.ex. vid månstring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Hjärtmuskelinflammation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hjärtsäcksinflammation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Annan hjärt- eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Allergi/eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Cancersjukdom ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Annan sjukdom eller annat som Du tror kan ha betydelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ja på någon av frågorna ovan, beskriv mer exakt här

	Ja	Nej
Behandlas Du med något läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Ja, vilket?

D. Din idrott

Idrottsgren: _____

Division/ nivå: _____

Hur många år har Du tränat och tävlat på allvar? _____

Hur många timmar per vecka tränar Du? _____

Andra upplysningar



**RIKSIDROTTS
FÖRBUNDET**

Idrottens hus, 114 73 Stockholm | Tel: 08 - 699 60 00 | Fax 08 - 699 62 00
E-post: riksidrottsforbundet@rf.se | Hemsida: www.rf.se