

Cognome.....

Nome.....

Data.....

## Questionario per RISCHIO CARDIO-VASCOLARE

### Sezione 1: FAMILIARITA'

*Qualcuno dei suoi stretti familiari (genitori, nonni, fratelli) hanno o hanno avuto:*

Diabete	<input type="checkbox"/>
Cardiopatie	<input type="checkbox"/>
Un ictus	<input type="checkbox"/>
Ipertensione	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia*	<input type="checkbox"/>

\* (aumento di trigliceridi e/o colesterolo nel sangue)

### Sezione 2: FUMO

*Lei è attualmente fumatore?:*

No	<input type="checkbox"/>
Sì	<input type="checkbox"/>

*Se Sì, quante sigarette?:*

10 sigarette/giorno	<input type="checkbox"/>
10-20 sigarette/giorno	<input type="checkbox"/>
più di 20 sigarette/giorno	<input type="checkbox"/>

*Lei è stato fumatore?:*

No	<input type="checkbox"/>
Sì	<input type="checkbox"/>

### Sezione 3: ATTIVITA' FISICA E STILE DI VITA

*Trova il tempo per fare una pausa o rilassarsi?:*

Sì, regolarmente	<input type="checkbox"/>
Sì, ma raramente	<input type="checkbox"/>
No, non ho tempo	<input type="checkbox"/>

*Cammina a passo spedito per almeno 30 minuti al giorno (nella maggior parte dei giorni) o almeno 3 ore alla settimana?*

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

*Con quale frequenza pratica attività fisica?:*

Quasi ogni giorno più volte	<input type="checkbox"/>
Una volta la settimana	<input type="checkbox"/>
Circa tre volte al mese	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>

*Ha avuto limitazioni della sua attività fisica?:*

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

*Se Sì, per quale ragione?:*

.....

.....

### 1 *E' sottoposto/a a stress o tensione psichica?:*

Nulla	<input type="checkbox"/>
Modesta	<input type="checkbox"/>
Discreta	<input type="checkbox"/>
Notevole	<input type="checkbox"/>

2

### Sezione 4: PRESSIONE ARTERIOSA

*La sua pressione arteriosa è regolare e stabile?:*

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>

*Quali valori ha riscontrato negli ultimi 3 mesi?:*

meno di 140/80 mmHg	<input type="checkbox"/>
più di 140/80 mmHg	<input type="checkbox"/>

*E' o è stato in cura per la pressione alta?:*

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

*Può riferire quali farmaci assume o ha assunto?:*

.....

*Ha o ha avuto effetti collaterali dai farmaci in uso?:*

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

*Quali effetti collaterali?:*

.....

### Sezione 5: COLESTEROLO-TRIGLICERIDI-GLICEMIA

*Quale è il suo valore di colesterolo?:*

159 mg% o più basso	<input type="checkbox"/>
160-199 mg%	<input type="checkbox"/>
200-239 mg%	<input type="checkbox"/>
240-279 mg%	<input type="checkbox"/>
280 mg% o più	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>

*Ha o ha avuto il colesterolo elevato?:*

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

*Quale è il suo valore del colesterolo HDL?:*

40 mg% o più basso	<input type="checkbox"/>
40-60 mg%	<input type="checkbox"/>
più di 60 mg%	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>

*Prende medicine per il colesterolo elevato?:*

Sì	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**Ha mai fatto una ecografia al fegato?:**

Sì   
No

**Se Sì, è stato riscontrato un fegato grasso (steatosi epatica)?:**

Sì   
No

**E' affetto/a da diabete?:**

Sì   
No

**Le è mai stato riscontrato un aumento della glicemia?:**

Sì   
No

**Attualmente la sua glicemia è:**

Sotto 110 mg%   
oltre 110 mg%

### Sezione 6: SOLO PER LE DONNE

**Fa o ha fatto uso di anticoncezionali?**

Sì   
No

**Fa o ha fatto uso di anticoncezionali?**

Sì   
No

### Sezione 7: PATOLOGIA

**Le è mai stata diagnosticata una delle seguenti patologie?:**

Infarto miocardico   
Ischemia miocardica   
Angina pectoris   
Aritmie (extrasistoli, palpitazioni)   
Arteriopatie   
Valvulopatie   
Ictus

**Ha subito interventi di cardiocirurgia?**

Sì   
No

**Se Sì, può dire quali?**

Sì .....

**Può fornire la documentazione relativa all'intervento?**

Sì   
No

**3 Negli ultimi mesi si è verificato uno o più dei seguenti punti?:**

**4**

Dorme meglio con più di un cuscino   
Si gonfiano i piedi   
Si stanca più facilmente   
Sensazione di palpitazione   
Mancanza di respiro   
Sensazione di tuffo al cuore   
Battito accelerato   
Battito rallentato   
Sensazione di vertigini   
Senso di mancamento   
Sensazione di svenimento

**Ha o ha avuto dolori al torace?**

Sì   
No

**Se Sì, i dolori sono irradiati a:**

Collo   
Mandibola   
Spalla sinistra   
Spalla destra   
Braccio sinistro   
Braccio destro   
Regione dorsale   
Stomaco

**I dolori sono accompagnati da:**

Nausea   
Vomito   
Sudorazione fredda   
Senso di mancamento   
Fame d'aria

**I dolori insorgono:**

Durante sforzo   
Durante emozioni   
Durante stress mentale   
A riposo   
Al freddo

**I dolori durano approssimativamente:**

Pochi secondi   
Pochi minuti   
Alcune ore   
Più di 1 giorno

#### INFORMATIVA PRIVACY

La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti al nostro Centro, mediante il Questionario, avverrà nel rispetto del Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196. I dati acquisiti saranno trattati, mediante l'ausilio di mezzi informatici ed in forma cartacea, allo scopo di evidenziare i potenziali soggetti a rischio cardiovascolare. Il conferimento di tali dati è facoltativo ma il suo rifiuto a fornirli darà luogo all'impossibilità di ricevere il servizio di cui sopra. E' esclusa ogni ipotesi di comunicazione dei dati che non sia imposta da norme di Legge o da Lei espressamente autorizzata; è esclusa ogni ipotesi di diffusione degli stessi. L'eventuale utilizzo dei dati per fini statistici e di ricerca avverrà in forma strettamente anonima.

Firma .....