

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