

שאלון התאמה לבדיקת CT לב

	שם פרטי:
	שם משפחה:
	דואר אלקטרוני:
	רחוב:
	עיר:
	טלפון נייד:
	גיל:
	משקל:
	גובה:

	מהו הדופק שלך לדקה?
כן / לא	האם הדופק שלך סדיר?
כן / לא	האם את/ה אלרגית/ליווד?
	אם ענית בחיוב, האם את/ה אלרגית לתרופות אחרות? לאלו תרופות?
כן / לא	האם תפקודי הכליה שלך תקינים?
כן / לא	האם אתה סובל מאסטמה?
כן / לא	האם יש לך רמת שומנים גבוהה בדם?
כן / לא	האם את/ה סובלת/מסכרת?
כן / לא	האם את/ה סובלת/מיתר לחץ דם?
כן / לא	האם את/ה מעשן/נת, או עישנת בעבר?
כן / לא	האם היה אירוע של אוטם לב בקרב משפחתך הקרובה?
כן / לא	האם את/ה מבצע/ת פעילות גופנית סדירה?
כן / לא	האם את/ה סובלת/מכאבים בחזה במנוחה?
כן / לא	האם את/ה סובלת/מכאבים בחזה במאמץ?
כן / לא	האם עברת צנתור לב בעבר?
	אם התשובה היא "כן", מתי עברת? האם הוכנס במהלך הצנתור תומכן (סטנט)?
כן / לא	האם עברת ניתוח מעקפים?
	אם התשובה חיובית, מתי?
כן / לא	האם עברת בדיקת מאמץ (ארגומטריה)?
	אם התשובה חיובית, מתי?
כן / לא	האם עברת מיפוי לב?
	אם התשובה חיובית, מתי?
כן / לא	האם אתה מקבל תרופות באופן קבוע?
	אם התשובה חיובית, פרטי את שמות התרופות ואת המינון:

בהצלחה.