



CASA DI CURA LA MADONNINA

Via Quadronno, 29-31

Segreteria Check up: 02/58395.282 – Fax: 02/5832.2644

QUESTIONARIO PER EVIDENZIARE SOGGETTI A RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Nominativo _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Recapito telefonico _____

VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

FATTORI DI RISCHIO FAMILIARE:

TRA I SUOI FAMILIARI * QUALCUNO SOFFRE O HA SOFFERTO DI UNA DI QUESTE PATOLOGIE?:

* (parenti consanguinei entro il 1° e 2° grado di parentela)

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - cardiopatie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - ipertensione | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - diabete | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - dislipidemia* | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

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

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALE:

PESO: _____ kg

ALTEZZA: _____ cm

CIRCONFERENZA ADDOMINALE: _____ cm

FUMO: NO SI

< 10 sigarette/die
 10-20 sigarette/die
 > 20 sigarette/die

PRESSIONE ARTERIOSA: ≤ 140/80 mmHg > 140/80 mmHg

COLESTEROLO TOTALE: ≤ 200 201 – 250 251 - 300

GLICEMIA: ≤ 110 > 110

STRESS/TENSIONE PSICHICA: nulla modesta discreta notevole

ATTIVITA' FISICA: nulla saltuaria regolare intensa

CAFFE': NO SI

≤ 3/die
 > 3/die

PER LE DONNE:

- anticoncezionali orali NO SI

- menopausa NO SI

LE E' STATA RISCONTRATA UNA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE?

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - infarto miocardico | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - ischemia miocardica | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - angina pectoris | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - aritmie (extrasistoli, ecc..) | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - arteriopatie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - valvulopatie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |



CASA DI CURA LA MADONNINA

Via Quadronno, 29-31

Segreteria Check up: 02/58395.282 – Fax: 02/5832.2644

HA SUBITO INTERVENTI DI CARDIOCHIRURGIA? NO SI

Se si quale/i? _____

NEGLI ULTIMI 6 MESI HA NOTATO:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - che dorme meglio con più di un cuscino | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - che si gonfiano i piedi | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - che si stanca più facilmente | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di palpitazione | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di mancanza di un battito | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di tuffo al cuore | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di battito accelerato | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di battito rallentato | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di vertigini | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di senso di mancamento | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - sensazione di svenimento | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| - dolori al torace | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

I dolori al torace sono:

Irradiati a:

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| collo | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| mandibole | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| spalla sinistra | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| spalla destra | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| braccio sinistro | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| braccio destro | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| dorso | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| stomaco | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Accompagnati da:

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| nausea | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| vomito | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| sudorazione fredda | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| senso di mancamento | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| fame d'aria | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Insorgenti:

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| durante sforzo | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| durante emozioni | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| durante stress mentali | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| a riposo | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| al freddo | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Della durata di:

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| pochi secondi | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| pochi minuti | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| alcune ore | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| più di 1 giorno | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

QUALORA VOLESSE SOTTOPORRE ALL'ATTENZIONE DI UN NOSTRO SPECIALISTA CARDIOLOGO LE RISULTANZE DEL QUESTIONARIO, PER VALUTARE L'OPPORTUNITA' DI EFFETTUARE UN CHECK UP CARDIOLOGICO, LA INVITIAMO A CONTATTARCI AL NUMERO 02/58395.282 O AD INVIARLO VIA FAX AL NUMERO 02/5832.2644 DOPO AVER SOTTOSCRITTO L'INFORMATIVA SOTTOSTANTE.

INFORMATIVA PRIVACY

La informiamo che il trattamento dei dati personali da lei forniti alla Casa di Cura La Madonnina, 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 elettronici e in forma cartacea, dalla Casa di Cura La Madonnina, 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.