

Frågeformulär inför läkarundersökning Klättring med stor nivåskillnad

För- och efternamn	Personnummer	Datum
--------------------	--------------	-------

KARDIOVASKULÄR RISKVÄRDERING

Anamnes

Hereditet. Har någon nära släkting drabbats av...?	ja	nej
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höga blodfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt eller kärlkramp före 60 års ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötslig död	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känd annan hjärtsjukdom före 60 års ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marfans syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hjärtkärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja på något av ovanstående, beskriv här:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptom. Har du själv känt...?	ja	nej
Bröstmärta eller obehag i bröstet vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftig "onormal" andfåddhet/trötthet vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtklappning eller rytmrubbning vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimning eller svimningskänsla vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel vid ansträngning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Att konditionen försämrats av oklart skäl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja på något av ovanstående, beskriv här:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sjukhistoria. Har du eller har du haft...?	ja	nej
Högt blodtryck någon gång i livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Blåsljud" på hjärtat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtmuskelinflammation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtsäcksinflammation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hjärt- eller lungsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cytostatikabehandlad cancersjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom eller annat som du tror kan ha betydelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja på något av ovanstående, beskriv här:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÄLSODEKLARATION

Har du sökt vård på grund av sjukdom eller motsvarande enligt följande under det senaste året?

	ja	nej
Arbetskada eller tillbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan skada/olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvär från rörelseapparaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologisk sjukdom (förlamning, epilepsi, kronisk smärta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning eller andra besvär från hörsel/balanssinnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synförsämring eller andra synbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska besvär (speciellt cellskräck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skallskada/medvetlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obehag i samband med dykning eller flygning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem/hudbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiska besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nej
Använder du glasögon/linser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vårdats på sjukhus eller sökt läkare det senaste året? Om ja, för vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du varit frånvarande från arbetet p.g.a. sjukdom under det senaste året? Om ja – hur många dagar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använder du medicin regelbundet? Om ja – vilka mediciner använder du, styrka och dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner du dig fullt frisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motion och rörelse

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, exempelvis löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

Ingen tid alls 30 min 60 min 90 min 120 min 150 min eller mer

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, exempelvis promenader, cykling eller trädgårdsarbete?

Ingen tid alls 30 min 60 min 90 min 120 min 150 min eller mer

Matvanor

Hur ofta äter du frukt och grönsaker?

2 ggr per dag eller oftare 1 gång per dag Några gånger i veckan 1 gång i veckan eller mer sällan Aldrig eller nästan aldrig

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?

2 ggr per dag eller oftare 1 gång per dag Några gånger i veckan 1 gång i veckan eller mer sällan Aldrig eller nästan aldrig

Tobak

Rökvanor

Jag har aldrig varit rökare Jag har slutat röka för mindre än 6 mån sen Jag röker 1–9 cigaretter per dag Jag röker 10–19 cigaretter per dag Jag röker \geq 20 cigaretter per dag

Snusvanor

Jag har aldrig varit snusare Jag har slutat snusa för mindre än 6 mån sen Jag snusar 1–3 dosor per vecka Jag snusar 4–6 dosor per vecka Jag snusar \geq 7 dosor per vecka

Alkohol

Hur ofta dricker du alkohol?

- Aldrig 1 gång i månaden eller mer sällan 2–4 gånger i månaden 2–3 gånger i veckan 4 gånger i veckan eller mer

Hur många standardglas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1–2 3–4 5–6 7–9 10 eller fler

**Narkotika**

ja nej

Har du prövat narkotika?

Om ja, vad, när och i vilken omfattning?