

Cardio Check up

Il programma di consulenza specializzata per la tua prevenzione cardiovascolare.

Ascoltare. testare. Affiancare.

STORIA PERSONALE

Quantanti anni ha?	Punti
<30 se uomo, <40 se donna	0
30-55 se uomo, 40-65 se donna	1
>55 se uomo, >65 se donna	2
Sesso:	
Femmina	0
Maschio	1
Per le donne:	
Età fertile?	0
Menopausa?	1
Soffre di pressione alta o assume farmaci per ridurre la pressione?	
No	0
Non so	1
Si	2
Soffre di colesterolo e/o trigliceridi alti o assume farmaci per abbassare il colesterolo?	
No	0
Non so	1
Si	2
Soffre di diabete o assume farmaci per ridurre la glicemia?	
No	0
Non so	1
Si	2
È in sovrappeso?	
No	0
Non so	1
Si	2
Fumo	
Non ho mai fumato	0
Non so	1
Si, fumo	2

Svolge attività fisica aerobica (camminata, jogging, corsa, nuoto, bicicletta, ecc)?	
No, mai	<input type="checkbox"/> 2
Occasionalmente	<input type="checkbox"/> 1
Regolarmente	<input type="checkbox"/> 0
Se regolare, quante volte a settimana?	_____
Ritiene di essere:	
Usualmente sereno	<input type="checkbox"/> 0
Stressato solo in alcuni periodi	<input type="checkbox"/> 1
Frequentemente stressato	<input type="checkbox"/> 2

STORIA FAMILIARE

Tra i suoi familiari (genitori, fratelli, figli) qualcuno soffre o ha sofferto di una o più delle seguenti malattie:	
- Infarto,	
- Angina,	
- Ischemia cardiaca,	
- Morte cardiaca improvvisa,	
- Ictus	
- Ischemia cardiaca,	
- Infarto cerebrale transitorio (TIA),	
- Ostruzione alle arterie delle gambe,	
o è stato sottoposto a:	
- By-pass (coronarico/carotideo),	
- Angioplastica (palloncino/stent).	
NO	0
SI	1
Tra i suoi familiari (genitori, fratelli, figli) qualcuno soffre o ha sofferto di uno o più dei seguenti fattori di rischio?	
- Ipertensione arteriosa?	
- Diabete?	
- Ipercolesterolemia?	
NO	0
SI	1
Totale punti:	_____

Cardio Check up

Il programma di consulenza specializzata per la tua prevenzione cardiovascolare.

Ascoltare. testare. Affiancare.

RISULTATI

- ♥ **Totale punti: da 0 a 2** - Consigli comportamentali.
- ♥ **Totale punti: maggiore o uguale a 3** - Compilare il seguente questionario.

È inoltre consigliabile effettuare una valutazione dettagliata dei fattori di rischio e una stima del rischio cardiovascolare globale.

HA MAI AVVERTITO UNO O PIÙ DEI SEGUENTI DISTURBI?	No	Si
Palpitazioni (sensazione di battito cardiaco mancante o di accelerazione improvvisa dei battiti)?		
Dolore oppure senso di peso o di oppressione o di bruciore al petto oppure allo stomaco, gola, o braccio sinistro, soprattutto in concomitanza di sforzi fisici, freddo o situazioni di stress?		
Dispnea (mancanza di fiato durante l'attività fisica anche lieve o moderata)?		
Gonfiore ai piedi, specialmente di sera?		
Necessità di dormire con più di un cuscino per respirare bene?		
Necessità di alzarsi durante la notte per mancanza di fiato?		
Svenimenti ripetuti o perdita di coscienza?		
Perdita momentanea della vista, della parola, della forza o sensibilità di un braccio o di una gamba?		
Dolori alle gambe mentre cammina e che la costringono a fermarsi?		
Se maschio: erezione insufficiente o non efficace per un normale rapporto sessuale?		

RISULTATI

- ♥ Se stima del rischio **minore di 19 punti e nessun "Si" nel questionario: CONSIGLI COMPORTAMENTALI**
- ♥ Se stima del rischio **uguale a 19 punti o almeno un "Si" nel questionario: OPPORTUNO VISITA MEDICA**

www.farmaciespecializzate.it
fonte: **Federfarma Milano**