

Questionario – Ipertensione arteriosa

Cliente

Cognome
Strada
Sesso
Data di nascita
Numero del cliente

Nome
NPA / Località
Tel.
eMail
N. della proposta

Le informazioni raccolte per mezzo di questo documento saranno trattate con la massima confidenzialità e sono soggette alle regole deontologiche sul rispetto del segreto professionale.

Se richiesto, la preghiamo di selezionare le caselle pertinenti e di aggiungere un commento o indicare la data in corrispondenza delle risposte affermative. **Non è necessario convocare il paziente.**

Altezza: cm peso: kg data:
Tabagismo: no sì Se sì, di che tipo? Quantità giornaliera?
Ex fumatore: no sì Da quando? E-sigarette: no sì

Ipertensione arteriosa

Data della diagnosi: Data dell'ultima consultazione:
 primaria secondaria causa:

Valori della pressione arteriosa: (nel corso degli ultimi 12 mesi)

Data: <input type="text"/>	(mese/anno)	sistolica: <input type="text"/>	diastolica: <input type="text"/>
Data: <input type="text"/>	(mese/anno)	sistolica: <input type="text"/>	diastolica: <input type="text"/>
Data: <input type="text"/>	(mese/anno)	sistolica: <input type="text"/>	diastolica: <input type="text"/>
Data: <input type="text"/>	(mese/anno)	sistolica: <input type="text"/>	diastolica: <input type="text"/>
Data: <input type="text"/>	(mese/anno)	sistolica: <input type="text"/>	diastolica: <input type="text"/>

Trattamento: no sì

Quali (medicamenti)?

Da quando? (mese/anno)

Se interrotto, precisarne le ragioni:

Se interrotto, la data: (mese/anno)

Altri fattori di rischio cardiovascolare:

Dislipidemia:

no sì

Data dei valori di laboratorio:

Colesterolo totale:

mmol/l

Colesterolo HDL:

mmol/l

Trigliceridi:

mmol/l

Quali trattamenti?

Da quando?

(mese/anno)

Diabete:

no sì

Tipo-1

Tipo-2

iperglicemia moderata a digiuno

diabete gestazionale

prediabete

altri tipi di diabete (MODY, secondari, ecc.)

Se il tipo di diabete è diverso, specificare:

Data della diagnosi:

Data dell'ultima consultazione:

HbA1c:

%

Data:

Glucosio a digiuno:

mmol/l

Data:

Quali trattamenti?

Da quando?

(mese/anno)

Compliance:

no sì

Ricerca di proteinuria:

no sì

Con strisce o in laboratorio:

negativo 1+ 2+ 3+

o valore:

Data:

Altre terapie o malattie note?

Quali?

Quali trattamenti?

Da quando?

(mese/anno)

Motivi:

Malattia cardiovascolare:

no sì

Malattia coronarica

Malattia cerebrovascolare

Arteriopatia periferica

Stenosi carotidea

Altre:

Quali trattamenti?

Da quando?

(mese/anno)

Anamnesi familiare per malattia cardiovascolare:

negativa

positiva

Complicazioni

Nefropatia:

no sì sconosciuta

Valore della creatinina:

mmol/l Data:

GFR:

ml/min/1.73m² Data:

Rapporto albumina/creatinina urinaria:

Data:

Retinopatia:

no sì sconosciuta

incipiente (microaneurismi, essudati) proliferante (emorragia)

Neuropatia:

no sì sconosciuta

periferica sensitiva autonoma cardiovasc., compresa ipotensione ortostat.

Altre:

no sì

Si prega di precisare:

Esami effettuati:

Ergometria:

no sì

Se sì, quando?

Esito:

TAC coronarica/punteggio del calcio o angiografia:

no sì

Se sì, quando?

Esito:

Altri commenti

La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.