

UPITNIK - arterijska hipertenzija

OSIGURANIK:

Ime i prezime:	OIB:	datum rođenja:
----------------	------	----------------

Molimo Vas precrtajte odgovarajuće navode i po potrebi priložite detaljni opis (ispunjava liječnik):

Dijagnoza primarna hipertenzija sekundarna hipertenzija maligna hipertenzija

Datum dijagnoze: _____ Stupanj težine oboljenja _____ Zadnja kontrola: _____

Visina: _____ cm Težina: _____ kg **Pušač** DA NE dnevna količina: _____

Mjerenje krvnog pritiska u zadnje dvije godine:

Datum	Vrijednost		Datum	Vrijednost		Datum	Vrijednost	
	sist.	diast.		sist.	diast.		sist.	diast.

Uzrok poznat: DA NE
Koji? _____

Terapija antihipertenzivima: DA NE

Trenutno pod terapijom DA NE
Koja? _____

Druge terapije: DA NE
Koje? _____

EKG a) u mirovanju DA NE
 b) ergometrija DA NE

a) normalno patološki _____

b) normalno patološki _____

***VAŽNO: priložiti zadnji nalaz EKG-a**

**Hipertenzivna ili atero-
sklerotična retinopatija:** DA NE

Kod sekundarne hipertenzije, uzroci:

Postoje li još neki uzroci DA NE
Koji? _____

Ako je prekinuta terapija:

Koja? Zašto?

_____ _____ od _____

_____ _____ od _____

Masnoće u krvi:

Kolesterol: _____

Trigliceridi: _____

**Koronarna, cerebralna ili
periferna oboljenja krvnog
sustava prije 60-te godine:** DA NE

Obiteljska anamneza DA NE
 Otac Majka Braća/sestre

opis: _____

_____ (mjesto, datum)

_____ (potpis i pečat liječnika)