

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

AHA / ACSM



Τσεκάρετε όλες τις παρακάτω δηλώσεις που πιστεύετε ότι ισχύουν για την περίπτωσή σας.

Όνοματεπώνυμο: _____

Ημερομηνία γέννησης: ____ / ____ / ____

Ημερομηνία συμπλήρωσης: ____ / ____ / ____

Υπογραφή: _____

Τηλέφωνο (προαιρετικά): _____

1. Ιστορικό — Αντιμετωπίσατε / παρουσιάσατε

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Καρδιακή προσβολή	☐	☐
Επέμβαση καρδιάς	☐	☐
Καθετηριασμό καρδιάς	☐	☐
Αγγειοπλαστική επέμβαση	☐	☐
Τοποθέτηση βηματοδότη	☐	☐
Χρήση απινιδωτή / διαταραχές καρδιακού ρυθμού	☐	☐
Βαλβιδοπάθεια	☐	☐
Καρδιακή ανεπάρκεια	☐	☐
Μεταμόσχευση καρδιάς	☐	☐
Συγγενή καρδιοπάθεια	☐	☐

2. Συμπτώματα

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αισθανθήκατε δυσφορία στο στήθος όταν κουραστήκατε	☐	☐
Αισθανθήκατε ανεξήγητη δύσπνοια	☐	☐
Αισθανθήκατε ζαλάδα, τάση λιποθυμίας ή λιποθυμήσατε	☐	☐
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για την καρδιά	☐	☐

3. Άλλα ζητήματα υγείας

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε σακχαρώδη διαβήτη	☐	☐
Έχετε άσθμα ή άλλο αναπνευστικό πρόβλημα	☐	☐
Αισθάνεστε κάψιμο ή κράμπες στα πόδια σας όταν περπατάτε μικρές αποστάσεις	☐	☐
Έχετε μυοσκελετικά προβλήματα που περιορίζουν τη φυσική σας δραστηριότητα	☐	☐
Ανησυχείτε για την ασφάλεια της άσκησης	☐	☐
Παίρνετε συνταγογραφούμενα φάρμακα	☐	☐
Είστε έγκυος	☐	☐

4. Καρδιαγγειακοί προδιαθεσικοί παράγοντες

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Είστε άνδρας με ηλικία >45 ετών	☐	☐
Είστε γυναίκα με ηλικία >55 ετών	☐	☐
Καπνίζετε ή σταματήσατε το κάπνισμα τους τελευταίους 6 μήνες	☐	☐
Η αρτηριακή σας πίεση είναι >140/90 mm Hg	☐	☐
Δεν γνωρίζετε την αρτηριακή σας πίεση	☐	☐
Λαμβάνετε αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή	☐	☐
Η συγκέντρωση της χοληστερίνης σας στο αίμα είναι >200 mg/dl	☐	☐
Γνωρίζετε το επίπεδο της χοληστερόλης σας στο αίμα	☐	☐
Έχετε κάποιο κοντινό σας συγγενή που υπέστη καρδιακή προσβολή ή υποβλήθηκε σε επέμβαση καρδιάς πριν την ηλικία των 55 ετών (πατέρας ή αδερφός) ή την ηλικία των 65 ετών (μητέρα ή αδερφή)	☐	☐
Είστε αγύμναστος/η (δηλαδή συμμετέχετε σε πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας για λιγότερο από 30 λεπτά τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα)	☐	☐
Είστε υπέρβαρος/η κατά 9 κιλά	☐	☐

Κανένα από τα παραπάνω ☐