

Registreringsskema ved akut henvendelse

Dato \_\_\_\_\_ Tidspunkt \_\_\_\_\_ Personale \_\_\_\_\_

CPR :
Navn

Problemområde	Sæt X	Vejledt patient	Sæt X
Angina Pectoris - har ikke taget nitroglycerin	<input type="checkbox"/>	Informeret om NTG	<input type="checkbox"/>
Angina Pectoris - har taget nitroglycerin	<input type="checkbox"/>	NTG styrke, udløb, antal Anbefalet indlæggelse 112	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Åndenød	<input type="checkbox"/>		
Taget på i vægt indenfor den sidste uge > 1½ kg	<input type="checkbox"/>	Vægtkontrol 2-3 / ugen	<input type="checkbox"/>
Har hævet ben	<input type="checkbox"/>		
Er svimmel	<input type="checkbox"/>	Medicinvurdering =>svimmelhed Anbefalet pause med medicin Hvilken : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Har hjertebanken	<input type="checkbox"/>	Medicinvurdering Anbefalet pause med medicin Hvilken : _____ Har pt uregelmæssig puls =A- flim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Er bange	<input type="checkbox"/>		
Andet _____	<input type="checkbox"/>		
Medicinspørgsmål - Præparat : _____ Præparat : _____ Præparat : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Virkning / bivirkning  Virkning / bivirkning Virkning / bivirkning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Er forhindret i fremmøde	<input type="checkbox"/>	Ring til klinikken næste dag	<input type="checkbox"/>
Ønsker at stoppe	<input type="checkbox"/>	Ring til klinikken næste dag	<input type="checkbox"/>
Andet:		Anbefalet :	