



## VPRAŠALNIK ZA PREVENTIVNI PREGLED KVS

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Datum rojstva. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Starost: \_\_\_\_\_

Spol: \_\_\_\_\_

1. Ali je imel kdo v družini (starši, bratje, sestre):

	da	ne	ne vem
1. zvišan krvni tlak	_____	_____	_____
2. srčni infarkt pred 60. letom	_____	_____	_____
3. možg. kap pred 60. letom	_____	_____	_____
4. sladkorno bolezen	_____	_____	_____
5. rakava obolenja	_____	_____	_____
6. kronični bronhitis, astmo	_____	_____	_____
  
2. KAJENJE
  1. Nikoli nisem kadil(a)
  2. Ne kadim od leta ....., prej sem kadil(a) .....cig/dan od leta .....
  3. kadim .....cig/dan od leta .....
  
3. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (pivo, vino, žgane pijače...)?

- nikoli	- enkrat mesečno ali manj	- 2 do 3 krat tedensko
	- 2 do 4 krat mesečno	- 4 ali večkrat tedensko
  
4. Koliko meric\* pijač, ki vsebujejo alkohol, ste v zadnjih 12 mesecih popili ponavadi na tisti dan, ko ste pili? (\*Ena merica je 1 dcl vina **ali** 2 in pol dcl piva **ali** 0,3 dcl žgane pijače)

- nobene	- 3 ali 4	- 7,8 ali 9
- pol, 1 ali 2	- 5 ali 6	- 10 ali več
  
5. Kako pogoste se je v zadnjih 12 mesecih zgodilo, da ste ob eni priložnosti popili moški pet ali več meric, ženske pa 3 ali več meric?

- nikoli	- manj kot enkrat mesečno	- tedensko
	- mesečno	- dnevno ali skoraj vsak dan
  
6. Kako pogosto ste telesno dejavni, da se zadihate ali oznojite?

1. 2 - 3 x tedensko	2. manj kot 2 – 3 x/teden	3. nikoli
---------------------	---------------------------	-----------
  
7. Koliko časa traja ta telesna dejavnost? 1. manj kot 20 minut 2. 20 minut in več
  
8. Katero vrsto maščobe najpogosteje uporabljate? - olje - mast  
- maslo - margarina
  
9. Kolikokrat na teden uživate meso)? \_\_\_\_\_. Katero vrsto najpogosteje? \_\_\_\_\_.
  
10. Koliko kozarcev (2 dcl) mleka, jogurta spijete/dan? \_\_\_\_\_ kozarcev.
  
11. Koliko žličk sladkorja oz. slaščic zaužijete na dan? \_\_\_\_\_



12. Koliko jajc pojedete na teden? \_\_\_\_\_
13. Koliko kosov kruha pojedete na dan? \_\_\_\_\_ Kakšnega? \_\_\_\_\_
14. Ali imate navado dodatno soliti jedi pri mizi? da - ne
15. Koliko obrokov navadno zaužijete na dan? \_\_\_\_\_. Ali zajtrkujete? da ne
16. Kako pogosto jeste sadje in zelenjavo? \_\_\_\_\_
17. Koliko skodelic kave ali pravega čaja spijete na dan? \_\_\_\_\_

**OSEBNA ANAMNEZA** (kronične bolezni):**SOCIALNA ANAMNEZA:****KLINIČNI PREGLED**

TT \_\_\_\_\_ kg RR \_\_\_\_\_  
TV \_\_\_\_\_ cm Ekg \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_  
Obseg trebuha \_\_\_\_\_ cm

Koža: \_\_\_\_\_ Glava: \_\_\_\_\_  
Vrat: \_\_\_\_\_ Hrbtenica: \_\_\_\_\_  
Prsni koš: \_\_\_\_\_ Dojke: \_\_\_\_\_  
Pljuča: \_\_\_\_\_ Srce: \_\_\_\_\_  
Trebuha: \_\_\_\_\_ Rektalni pregled: \_\_\_\_\_  
Okončine: \_\_\_\_\_

ČUTILA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

KONTINENCA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OCENA PSIHIČNEGA STANJA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**LABORATORIJSKI PREISKAVE:** Test na okultno krvavitev: \_\_\_\_\_  
Urin: \_\_\_\_\_  
K.S.: \_\_\_\_\_  
Hemogram: E: \_\_\_\_\_, MCV: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Holesterol: \_\_\_\_\_  
Drugo \_\_\_\_\_



---

---

**UGOTOVITEV:**

1. Dejavniki tveganja:	da	ne
genet. predispozicija	_____	_____
nepravilna prehrana	_____	_____
telesna nedejavnost	_____	_____
prekomerna tel. teža	_____	_____
kajenje	_____	_____
alkohol	_____	_____
zvišan krvni tlak	_____	_____
zvišan krvni sladkor	_____	_____
zvišan holesterol	_____	_____
Koronarna ogroženost _____ %		
2. Bolezni:		
art. hipert.	_____	_____
ish. bolezni srca	_____	_____
ostale bolezni srca	_____	_____
cerebrovaskularna bolezen	_____	_____
sladkorna bolezen	_____	_____
hiperlipemije	_____	_____
KOPB, astma	_____	_____
drugo _____		
3. Intervencija: zdravljenje		
zdravstvena vzgoja		
4. Kontrola		
Kaj? _____		
Kje? _____		
Kdaj? _____		

Žig in podpis zdravnika