

HJÄRTSVIKT PNr:**Namn:****År/månad:**

D A T U M	<input type="checkbox"/> Vikt (kg) Målvikt: _____	<input type="checkbox"/> Blodtryck (mmHg) MÅL-BT: _____	<input type="checkbox"/> 30-60sec tryck med tummar på fötter/underben. Bildas det en grop? Sängliggande: Skinkor/baksida lår		Andfåddhet? *	
	<input type="checkbox"/> Dagligen <input type="checkbox"/> 2ggr/v <input type="checkbox"/> 1gång/v <input type="checkbox"/> Varannan vecka	<input type="checkbox"/> 2ggr/v <input type="checkbox"/> 1gång/v <input type="checkbox"/> Varannan vecka	<input type="checkbox"/> Dagligen <input type="checkbox"/> Vid varje besök		<input type="checkbox"/> Varje besök	
			JA	NEJ	Andning	Trötthet
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
18						
29						
30						
31						

*Vid andfåddhet/trötthet: Överväg kontroll av Hb och Ferritin samt ev inf Ferinject. Lyft frågan med läkare