**UPITNIK ZA OSTEOARTRITIS ARTRITIS**

**Šifra/broj ID:\_\_\_\_\_**

**MBO:**

Ime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prezime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Godina rođenja:\_\_\_\_\_\_\_g

Adresa stanovanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stručna sprema: NSS SSS VšSS VSS

Spol: M Ž

**OSTEOARTRITIS ARTRITIS:**

Kada je postavljena dijagnoza osteoartritisa (mjesec i godina): \_\_\_mj, \_\_\_\_\_\_g.

Da li ste do sada uzimali glukokortikoide, Medrol ili Decortin: DA NE

Koliko st dugo uzimali glukokotrikoide (mjeseci): \_\_\_\_\_mj.

Kolika je najviša dnevna doza glukokotrikoida koju ste uzimali: Decortin\_\_\_\_mg

Medrol\_\_\_\_\_mg

Da li sada uzimate glukokortikoide, Medrol ili Decortin: DA NE

Koje lijekove sada uzima u liječenju reumatoidnog artritisa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VRSTA LIJEKA** | **NAZIV LIJEKA** | **DNEVNA DOZA** |
| NSAR |  |  |
| Analgetici |  |  |
| Drugi |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**KRVNI TLAK:**

Da li imate povišeni krvni tlak: DA NE

Kada je prvi put liječnik postavio dijagnozu povišenog krvnog tlaka (mjesec i godina):\_\_\_\_\_mj, \_\_\_\_\_\_g

Kolika je tada bila izmjerena vrijednost krvnog tlaka:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm Hg.

Kolika je do sada najviša izmjerena vrijednost krvnog tlaka:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm Hg.

Da li uzimate lijek koji snižava visoki krvni tlak: DA NE

Koje lijekove sada uzima u liječenju visokog krvnog tlaka:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VRSTA LIJEKA** | **NAZIV LIJEKA** | **DNEVNA DOZA** |
| Betablokator |  |  |
| Alfablokator |  |  |
| ACE inhibitor |  |  |
| Blokator Ca kanala |  |  |
| ARB (AT1 blokator) |  |  |
| Diuretik |  |  |
| Drugi |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**MASNOĆE U KRVI:**

Da li imate povišene masnoće u krvi: DA NE

Da li uzimate lijek koji snižava masnoće u krvi: DA NE

**PUŠENJE:**

Jeste li ikad pušili: DA NE

Ako jeste, koliko ste ukupno godina pušili:\_\_\_\_\_\_\_\_g.

Da li sada pušite: DA NE

Ako pušite, koliko cigareta dnevno pušite:\_\_\_\_\_\_\_\_cigareta/dan.

**ŠEĆERNA BOLEST:**

Da li bolujete od šećerne bolesti: DA NE

Ako bolujete, kako se liječite: samo dijeta tablete inzulin inzulin + tablete

**PREHRANA:**

Jedete li voće ili pijete prirodni voćni sok svako dan: DA NE +1

Jedete li voće 2 puta dnevno: DA NE +1

Jedete li svježe ili kuhano povrće redovito jendom na dan: DA NE +1

Jedete li svježe ili kuhano povrće redovito više od jendom na dan: DA NE +1

Jedete li ribu redovito, najmanje 2 puta tjedno: DA NE +1

Jedete li više od jednom tjedno slaninu, pršut, kulen i sl: DA NE -1

Jedete li rižu ili tjesteninu 5 ili više puta tjedno: DA NE +1

Jedete li žitarice, crni kruh ili kruh sa cijelim zrnima za doručak: DA NE +1

Jedete li orašaste plodove najmanje 2 puta tjedno: DA NE +1

Upotrebljavate li maslinovo ulje za pripremu ili začin hrane: DA NE +1

Preskačete li doručak: DA NE -1

Jedete li mliječne proizvode za doručak: DA NE +1

Jedete li kupovni bijeli kruh i/ili peciva za doručak: DA NE -1

Jedete li najmanje 2 jogurta i/ili 40g sira dnevno: DA NE +1

Jedete li slatkiše nekoliko puta dnevno: DA NE -1

Pijete li crno vino svakodnevno do četvrtine litre: DA NE +1

Pijete li crno vino svakodnevno više od četvrtine litre: DA NE +1

Ukupan broj bodova (odgovor DA je + ili – jedan bod):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BOLESTI SRCA:**

Da li ste se do sata liječili zbog srčanih bolesti: DA NE

Dijagnoze:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ako jeste: Da li ste imali/imate zaduhu zbog slabosti srca: DA NE

Da li su vam oticale noge zbog slabosti srca: DA NE

Da li ste imali bolove u prsima (angina pect. Ili ekviv): DA NE

Da li ste imali/imate srčane artimije: DA NE

Koje artimije:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antiaritmici: DA NE

Ako je odgovor DA, koji aniaritmici:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GENERIČKI NAZIV | TVORNIČKI NAZIV | DNEVNA DOZA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Da li uzimate još neke lijekove: DA NE

Ako je odgovor DA, koje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GENERIČKI NAZIV | TVORNIČKI NAZIV | DNEVNA DOZA |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**PREGLED:**

Tjelesna visina:\_\_\_\_\_cm

Tjelesna masa:\_\_\_\_\_kg

BMI:\_\_\_\_\_kg/m2

Struk:\_\_\_\_\_cm (mjeri se 1cm iznad criste iliace)

Bokovi:\_\_\_\_\_cm (mjeri se kao najširi opseg u području velikog tronhantera)

Omjer srtuk/bokovi:\_\_\_\_\_

Krvni tlak: (mjeriti u razmaku os 5 minuta)

1. Mjerenje:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm Hg.
2. Mjerenje:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm Hg.
3. Mjerenje:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm Hg.

Srednja vrijednost:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm Hg.

HAQ:\_\_\_\_\_

GH:\_\_\_\_\_

VAS:\_\_\_\_\_

Laboratorijski nalazi:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SE** | **CRP** | **RF** | **CCP** | **kolesterol** | **trigliceridi** | **LDL** | **HDL** | **kreatinin** | **GUK** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **OGTT (GUK 6.1-7.0 mmol/l)** |
|  |

EKG – HLV: DA NE

FA: DA NE

OSTALI: DA NE

Ako je odgovor DA, koji:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_