

Obserwacja wagi, ciśnienia tętniczego, tętna i objawów

Imię i nazwisko pacjenta:

Data	Waga ciała [kg]	Ciśnienie tętnicze [mmHg]	Tętno [ud/min]	Dolegliwości*
Poniedziałek				
Wtorek				
Środa				
Czwartek				
Piątek				
Sobota				
Niedziela				

*(obrzęki, duszność spoczynkowa/wysiłkowa/w pozycji leżącej, męczliwość, omdlenia, kołatanie serca, suchość w ustach)

Jak niewydolność serca wpłynęła na Twoją codzienną aktywność w ostatnim tygodniu?

Aktywność rekreacyjna i hobby

Praca zawodowa

Obowiązki domowe

Kontakty z rodziną i znajomymi

Kontakty intymne i aktywność seksualna

Data	Waga ciała [kg]	Ciśnienie tętnicze [mmHg]	Tętno [ud/min]	Dolegliwości*
Poniedziałek				
Wtorek				
Środa				
Czwartek				
Piątek				
Sobota				
Niedziela				

*(obrzęki, duszność spoczynkowa/wysiłkowa/w pozycji leżącej, męczliwość, omdlenia, kołatanie serca, suchość w ustach)

Jak niewydolność serca wpłynęła na Twoją codzienną aktywność w ostatnim tygodniu?

Aktywność rekreacyjna i hobby

Praca zawodowa

Obowiązki domowe

Kontakty z rodziną i znajomymi

Kontakty intymne i aktywność seksualna