



پرسشنامه آریتمی قلب
مرکز مطالعاتی کوهورت هوپزه

کد PCID:
تاریخ تکمیل پرسشنامه: / /

نام و نام خانوادگی شرکت کننده:
تکمیل کننده پرسشنامه:

۱. آیا سابقه طپش قلب داشته اید ؟

☐ بلی ☐ خیر

در صورت مثبت بودن جواب به سوالات زیر پاسخ دهید:

۱-۱- طپش قلب شما از کی شروع شده است؟

۱-۲- طپش قلب شما هر بار چه مدت طول می کشد؟

۱-۳- طپش قلب شما هر چند وقت یکبار رخ می دهد؟

☐ چند بار در روز

☐ چندبار در هفته

☐ چندبار در ماه

☐ چندبار در سال

۱-۴- طپش قلب شما در کدامیک از حالات زیر رخ میدهد ؟

☐ خواب ☐ فعالیت ☐ استراحت

۱-۵- آیا طپش قلب شما با غش کردن و سیاهی رفتن چشم ها همراه است ؟

☐ بلی ☐ خیر

۲. سابقه از هوش رفتن داشته اید ؟

☐ بلی ☐ خیر



پرسشنامه آریتمی قلب
مرکز مطالعاتی کوهورت هویزه

کد PCID:
تاریخ تکمیل پرسشنامه: / /

نام و نام خانوادگی شرکت کننده:
تکمیل کننده پرسشنامه:

در صورت مثبت بودن جواب به سوالات زیر پاسخ دهید:

۱-۲- مدت زمان بیهوشی چقدر بوده است؟

۲-۲- در صورت مراجعه به پزشک علت بیهوشی شما چه بوده است؟

۳. آیا سابقه سیاهی رفتن چشمها یا احساس سبکی در سر داشته اید؟

بلی ☐ خیر ☐

۴. آیا مبتلا به فشارخون بالا هستید؟

بلی ☐ خیر ☐

۱-۴- در صورت ابتلا به فشار خون بالا، آیا دارو مصرف می کنید؟

بلی ☐ خیر ☐

۲-۴- آیا با مصرف دارو فشار خون شما کنترل می شود؟

بلی ☐ خیر ☐

۵. آیا سابقه ایست قلبی داشته اید؟

بلی ☐ خیر ☐

۶. آیا سابقه مرگ ناگهانی زیر ۴۰ سال در یکی از بستگان درجه یک خود داشته اید؟

۷. آیا سابقه بیماری قلبی عروق کرونر داشته اید؟

بلی ☐ خیر ☐

قد: سانتی متر

وزن: کیلوگرم