

Henvisning til

# Arbejds-EKG

Dette skema skal gennemgås med patienten af henvisende læge og skal sendes med kopi af journalnotat, samt udfyldt "A-EKG kontrolskema".

## Patientoplysninger

Navn:	Cpr-nr:	
Adresse:	Postnr/by:	
Telefon: Privat:	Mobil:	Arbejde:
Vægt:	Højde:	

## Kort sygehistorie

---

---

---

---

---

## Kort sygehistorie

---

---

---

---

---

## Henvisningsoplysninger

Egen læge/hospital:	Dato:
Adresse/afdeling:	

Vend 

# A-EKG kontrolskema

## Indikation

Diagnostisk f. iskæmisk hjertesygdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Centrale anstrengelsesudløste brystmerter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Atypiske brystmerter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kardielle mislyde (aortastenose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Smerter efter AMI	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Smerter efter revaskularisering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Pause med beta-bloker i 48 timer tåles	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

## Kontraindikationer

1. AMI og ustabil angina pectoris
2. Peri- myo- og endo-kardit
3. Symptombgivende Aortastenose
4. Svær hypertension(>200/>110)
5. Svær ikke-kardiel sygdom
6. Febrilia

Ved beta-blokerende behandling holdes pause med medicin i 48 timer, hvis dette tåles. Undertegnede bekræfter hermed, at ovenstående kontrolskema er gennemgået, og at der ikke er kontraindikationer.

Patienten er orienteret om undersøgelsen, og de risici, der er forbundet hermed.

Dato: \_\_\_\_\_

Læge underskrift: \_\_\_\_\_ Patient underskrift: \_\_\_\_\_