



تاریخ مصاحبه: (روز/ماه/سال) _____ / _____ / _____	کد خانوار: _____
---	------------------

نام و نام خانوادگی: ...	کد فرد: _____
-------------------------	---------------

داروهای مصرفی		
ASA	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Clopidogrel	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Nitrate	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
ACEIs / ARBs	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Beta blocker	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Anti-hyperglycemic	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Lipid lowering (Statin)	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Lipid lowering (non-Statin)	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Warfarin	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Digoxin	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Diuretics	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Amiodaron	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
Calcium Channel blocker	<input type="checkbox"/> پیوسته <input type="checkbox"/> ناپیوسته	توضیح: ...
سایر داروها (کورتون، NSAID، ضد تشنج، ...):		

معاینات
---------

قد به سانتی متر: _____
------------------------

وزن به کیلوگرم: _____
-----------------------

دور کمر به سانتی متر: _____
-----------------------------

دور لگن به سانتی متر: _____
-----------------------------

فشار خون دست راست (میلیمتر جیوه): سیستولیک: _____ دیاستولیک: _____ ضربان قلب: _____
---

در صورت فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ و دیاستولیک بالای ۹۰ میلیمتر جیوه، تکرار اندازه گیری پس از ۱۰ دقیقه نشستن

فشار خون دست راست (میلیمتر جیوه): سیستولیک: _____ دیاستولیک: _____ ضربان قلب: _____
---