



לפני הביקור אצל הקרדיולוג שלך, בחן/י את עצמך

לקראת הביקורת הראשונה אצל קרדיולוג (כחודש מן השחרור):

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | סובל מכאבים בחזה, קוצר נשימה או דפיקות לב |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | סובל מחולשה או סחרחורות |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | לא חזרתי לפעילות גופנית (בהתאם להמלצה) |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | ממשיך לעשן |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | לא חזרתי לפעילות מינית |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | סובל ממצב רוח ירוד או הפרעה בשינה |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | סובל מתופעות לוואי על רקע טיפול תרופתי |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | לא מקפיד לקחת את כל התרופות (כפי שהומלץ) |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | מתכנן נסיע לחו"ל |
| <input type="checkbox"/> לא | <input type="checkbox"/> כן | לא חזרתי לעבודתי / שיגרתי |

הבא עמך את הטופס המלא לביקורת הראשונה אצל הקרדיולוג.

במידה והתשובה על אחת מהשאלות היא כן הקפד להתייעץ עם הרופא לצורך קביעת טיפול.