Mój plan opieki nad sercem

Plan do wypełnienia wspólnie z moim lekarzem

Moje imię i nazwisko: Data:

Mój adres:

Nazwisko mojego lekarza lub nazwa przychodni:

Nr telefonu mojego lekarza lub przychodni:

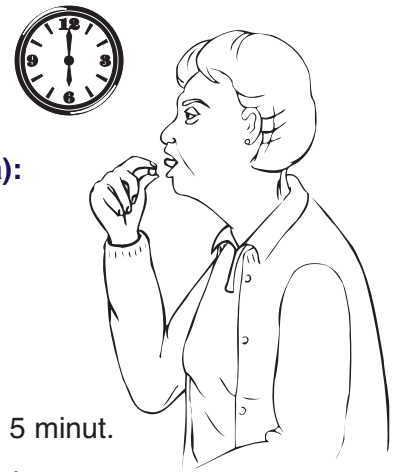
Osoba, z którą należy się skontaktować w nagłych przypadkach (członek rodziny lub przyjaciel, do którego można zadzwonić):

(Nazwisko) (Nr telefonu)

Nr telefonu **Your Healthcare Plus:** 1-800-973-6792

Co powinienem robić, aby moje serce było zdrowe:

1. Nie palić.
2. Ćwiczyć lub być aktywnym fizycznie razy _____ tygodniu przez _____ minut każdym razem.
3. Spożywać mniej tłustych pokarmów takich jak czerwone mięso (wołowina), mleko pełnotłuste i inne produkty nabiałowe, „fast food”, skóra i tłuszcz z kurczaka, bekon czy kiełbasa.
4. Jeść mniej słonych pokarmów takich jak wędliny, zupy z puszki, kiełbasy, produkty marynowane, oliwki i sosy do sałatek.
5. Nie powinienem dodawać soli do pokarmów w trakcie gotowania i jedzenia.
6. Jeśli zaleci mi to lekarz, powinienem schudnąć.



Co powinienem robić, kiedy odczuwam ból w klatce piersiowej (dusznica bolesna):

1. Powinienem przestać wykonywać to, co akurat robię i odpocząć.
2. Powinienem usiąść lub położyć się.
3. Powinienem zażyć moje lekarstwo z nitrogliceryną:
   - Po zażyciu 1 tabletki lub spreju powinienem odczekać 5 minut.
   - Jeśli ból nie mija, powinienem zażyć jeszcze jedną tabletkę lub sprej i odczekać 5 minut.
   - Jeśli ból nie mija, powinienem zażyć kolejną tabletkę lub sprej i odczekać 5 minut.
   - Jeśli po trzykrotnym zażyciu lekarstwa z nitrogliceryną ból w klatce piersiowej nie ustępuje, powinienem (poproś swojego lekarza o wypełnienie tej rubryki):

_____

_____

_____

(ODWRÓĆ)

Your Healthcare Plus™

Extra help for better health

a free benefit of

ILLINOIS DEPARTMENT OF Healthcare and Family Services

©2007 McKesson Health Solutions LLC.
Your Healthcare Plus™ is a trademark of the State of Illinois.
Printed by authority of the State of Illinois.
ILCADAPPOL_0807

Co jeszcze powinienem robić:

1. Zadzwonić do mojego lekarza, jeśli serce bije szybko przez 5 minut lub dłużej.
2. Zadzwonić do mojego lekarza, jeśli mam duszności.
3. Powiadomić mojego lekarza, jeśli przyjmowanie lekarstw sprawia mi jakiekolwiek problemy.
4. Pamiętać od kiedy moje lekarstwo z nitrogliceryną jest przeterminowane.
   (Zapisz datę podaną na etykietce i zaopatrz się w nowe lekarstwo przed tą datą): _____
5. Zadzwonić do mojego lekarza, jeśli przybrałem na wadze więcej niż _____ funtów w ciągu doby lub _____ funtów w ciągu tygodnia.

Powinienem wezwać pomoc NATYCHMIAST jeśli:

1. Odczuwam słabość lub mrowienie jednej strony ciała.
2. Nie mogę chodzić, zebrać myśli czy wyraźnie mówić.
3. Czuję zawroty głowy, słabość lub wydaje mi się, że mogę zemdleć.

Moje lekarstwa:

Nazwa lekarstwa	Jaką dawkę powinienem zażywać?	Jak często powinienem zażywać to lekarstwo?	To lekarstwo na

Pytania, które powinienem zadać mojemu lekarzowi:

1. Czy codziennie powinienem zażywać aspirynę? ❑ Tak ❑ Nie
2. Czy powinienem żuć aspirynę, kiedy mam bóle w klatce piersiowej? ❑ Tak ❑ Nie
3. Czy powinienem brać beta-bloker dla ochrony serca? ❑ Tak ❑ Nie
4. Czy powinienem brać inhibitor ACE, dla ochrony serca? ❑ Tak ❑ Nie
5. Czy każdej jesieni powinienem szczepić się przeciwko grypie? ❑ Tak ❑ Nie
6. Czy powinienem zaszczepić się przeciwko zapaleniu płuc? ❑ Tak ❑ Nie
7. Jakie powinno być moje ciśnienie krwi? _____ / _____
8. Jakie było moje ciśnienie krwi?

Data badania:								
Wynik:	/	/	/	/	/	/	/	/

9. Jaki powinien być mój poziom LDL (złego cholesterolu)? _____
   Jaki był poziom LDL przy ostatnim badaniu? _____