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

Powinienem skontaktować się z moim lekarzem lub przychodnią DZIŚ jeśli:

1. Jest mi trudniej oddychać niż zazwyczaj.
2. Moje ręce, stopy lub kostki są bardziej spuchnięte niż zazwyczaj.
3. Przybrałem na wadze więcej niż _____ funtów w ciągu doby lub _____ funtów w ciągu tygodnia.

Powinienem wezwać pomoc NATYCHMIAST jeśli:

1. Odczuwam ból w klatce piersiowej.
2. Moje serce bije szybko przez 5 minut lub dłużej.
3. Odczuwam słabość lub mrowienie z jednej strony ciała.
4. Jest mi bardzo trudno oddychać.

Pytania, które powinienem zadać mojemu lekarzowi:

1. Czy powinienem brać inhibitor ACE dla ochrony serca? ❑ Tak ❑ Nie
2. Czy powinienem brać beta-bloker dla ochrony serca? ❑ Tak ❑ Nie
3. Czy każdej jesieni powinienem szczepić się przeciwko grypie? ❑ Tak ❑ Nie
4. Czy powinienem kontrolować poziom cholesterolu każdego roku? ❑ Tak ❑ Nie
5. Jakie powinno być moje ciśnienie krwi? _____ / _____

(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.
ILHFAPPOL_0807

Mój plan opieki nad sercem

(c.d. z odwrotnej strony)

Co powinienem robić, aby moje serce było zdrowe:

1. Powinienem się ważyć każdego rana po wizycie w toalecie i przed jedzeniem.
2. Powinienem zapisywać moją wagę każdego dnia.
3. Powinienem powiadomić mojego lekarza, jeśli przyjmowanie lekarstw sprawia mi jakiekolwiek problemy.
4. Powinienem zażywać lekarstwa aż do momentu, kiedy mój lekarz zaleci mi ich odstawienie.
5. Nie powinienem palić.
6. Powinienem zgłaszać się do kontroli wg wskazań mojego lekarza.
7. Powinienem mierzyć ciśnienie krwi podczas każdej wizyty.
8. Powinienem jeść zdrowo i być aktywnym fizycznie każdego dnia.

Uprawiam ćwiczenia lub jestem aktywny fizycznie przez _____ minut _____ dni każdego tygodnia.

Moje lekarstwa:

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

Co jeszcze powinienem robić:

_____

_____

_____

_____

_____

_____