

ФИО ребенка: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

1. Внезапная сердечно-сосудистая смерть у ближайших родственников до 50 лет:

Да  Нет

2. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (мама, папа, бабушки, дедушки):

Да, то какие  Нет

3. Выполняли ли ребенку ЭХО КГ (узи сердца):

Да  Нет

4. Обращались за медицинской помощью к детскому кардиологу:

Да  Нет

5. Хронические заболевания у ребенка:

Да, то какие  Нет

6. Отмечались головокружения, потеря сознания (обморок):

Да:  Нет:

7. Хронические заболевания у ближайших родственников:

Да, то какие  Нет

-----  
ФИО ребенка: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

1. Внезапная сердечно-сосудистая смерть у ближайших родственников до 50 лет:

Да  Нет

2. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (мама, папа, бабушки, дедушки):

Да, то какие  Нет

3. Выполняли ли ребенку ЭХО КГ (узи сердца):

Да  Нет

4. Обращались за медицинской помощью к детскому кардиологу:

Да  Нет

5. Хронические заболевания у ребенка:

Да, то какие  Нет

6. Отмечались головокружения, потеря сознания (обморок):

Да:  Нет:

7. Хронические заболевания у ближайших родственников:

Да, то какие  Нет

-----  
ФИО ребенка: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

1. Внезапная сердечно-сосудистая смерть у ближайших родственников до 50 лет:

Да  Нет

2. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (мама, папа, бабушки, дедушки):

Да, то какие  Нет

3. Выполняли ли ребенку ЭХО КГ (узи сердца):

Да  Нет

4. Обращались за медицинской помощью к детскому кардиологу:

Да  Нет

5. Хронические заболевания у ребенка:

Да, то какие  Нет

6. Отмечались головокружения, потеря сознания (обморок):

Да:  Нет:

7. Хронические заболевания у ближайших родственников:

Да, то какие  Нет