

6-MINUTERS GÅNGTEST

Datum: ____ / ____ / ____ Tid: _____ Testledare: _____

Namn: _____ Ålder: _____ Längd: _____ Vikt: _____

Rökning: Nej / Ja Träning före testet: Nej / Ja

	efter 10 min. vila sittande	genast före testet stående	1 min	2 min	3 min	4 min	5 min	6 min	Å T E R H Ä M T N I N G	3 min. sittande	6 min. sittande
Puls per minut											
Belastning (RPE 6-20)											
Symptom (0-10)											
Blodtryck	mv.	mv.									
Andningsfrekvens per minut											
Vid behov SaO ₂											
Vid behov PEF											

Gångsträcka: _____m

Varv (X) _____+ _____ m

Resultat: gångsträcka: _____m referensvärde: _____m referensvärdets nedre gräns: _____m

 Känslor, pauser eller avbrott under testen (tid och orsak):

 laktagelser (bl.a hjälpmedel, pacemaker, andningen och symptom):
