**KWESTIONARIUSZ BILANSOWY**

**(wzór zakresu danych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część A.** **Dane personalne** | **(1)** ID kwestionariusza: |  |
| **(2)** data rozpoczęcia wypełniania kwestionariusza: |  |
| **(3)** forma zaproszenia pacjenta: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(4) PESEL**  **lub inny identyfikator pacjenta** |  | | **(5) Płeć** | | ☐ K | | ☐ M | **(6) Wiek** | **\_\_\_ lat** |
| **(7) Imię i nazwisko** |  | | **(8) Wsparcie społecznie** | | ☐  w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą, np. dzieckiem/współmałżonkiem/partnerem | | | ☐  stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie | |
| **(9) Numer telefonu** |  | **(10) Adres e-mail** |  | | **(11) Adres zamieszkania** *(kontaktowy)* | | |  | |
| **(12) Wykształcenie** | ☐ podstawowe | ☐ średnie/zawodowe | | ☐ wyższe  *(w tym lic./mgr)* | | **(13) Zawód wykonywany** | |  | |

## **Ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej - 89.01**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(14)** Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan zdrowia  w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)? | | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **(15)** Jak ocenia Pan/i swoją sprawność fizyczną  w skali od 1 (bardzo niska) do 5 (bardzo dobra)? | | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| **(16)** Ile razy w tygodniu uprawia Pan/i umiarkowaną\* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)? | ☐  nie  uprawiam | ☐  1-2  razy w tygodniu | ☐  3-4  razy w tygodniu | ☐  częściej niż  4 razy w tygodniu | Łączny czas tygodniowo | \_\_\_\_\_\_ min |
| **(17)** Ile razy w tygodniu uprawia Pan/i intensywną\*\* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)? | ☐  nie  uprawiam | ☐  1-2  razy w tygodniu | ☐  3-4  razy w tygodniu | ☐  częściej niż  4 razy w tygodniu | Łączny czas tygodniowo | \_\_\_\_\_\_ min |
| *\* aktywność umiarkowana, tj. prowadząca do trochę szybszego oddychania i trochę  szybszego bicia serca sport (np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę  lub bardzo szybki marsz).*  *\*\* aktywność intensywna, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca ( np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).* | | | | | | |

## **Wywiad rodzinny – 89.01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Członkowie rodziny**  **I stopnia**  (żyjący i zmarli) | **Rok ur.** | **Czy żyje?**  **(tak/**  **nie)** | **a.  Choroby przewlekłe**  (np. astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze) | | | **b.**  **Zachorowania na nowotwory** | | | |
| tak | nie | jakie? | tak | nie | w jakim wieku? | umiejscowienie nowotworu |
| **(18) Matka** |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
| **(19) Ojciec** |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
| **(20) Rodzeństwo:** |  | | | | | | | | |
|  |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
|  |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
|  |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
| **(21) dzieci:** |  | | | | | | | | |
|  |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
|  |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
|  |  |  | ☐ | ☐ |  | ☐ | ☐ |  |  |
| **(22) Dalsi krewni (stopień pokrewieństwa)** | | | |  | | | | | |
|  | *Nie dotyczy* | | | | | ☐ | ☐ |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |
|  | ☐ | ☐ |  |  |

**Wywiad/badanie podmiotowe (historia aktualnych i przebytych chorób pacjenta) – 89.01**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ICD-10** | **Nazwa** | | | | | **Aktualna** | | | | **Przebyta** | | | **Uwagi** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | ☐ | | | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | ☐ | | | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | ☐ | | | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | ☐ | | | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | ☐ | | | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Uczestnictwo w programach profilaktycznych/przesiewowych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | TAK | | NIE |  | | | | | TAK | | | | NIE | | | | | | | | | | |
| **(23)** Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki układu krążenia (CHUK)? | | | | ☐ | | ☐ | Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu: | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | | | | |
| Data ost. badania | | | |  | | | | | | | | | | |
| Wynik | | | | ☐ w normie | | | | | | ☐ poza normą | | | | |
| Zalecenia | | | |  | | | | | | | | | | |
| **(24)** Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP? | | | | ☐ | | ☐ | Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu: | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | | | | |
| Data ost. badania | | | |  | | | | | | | | | | |
| Wynik | | | | ☐ w normie | | | | | ☐ poza normą | | | | | |
| Zalecenia | | | |  | | | | | | | | | | |
| **(25)** Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka szyjki macicy? | | | | ☐ | | ☐ | Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu: | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | | | | |
| Data ost. badania | | | |  | | | | | | | | | | |
| Wynik | | | | ☐ w normie | | | | | ☐ poza normą | | | | | |
| Zalecenia | | | |  | | | | | | | | | | |
| **(26)** Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego? | | | | ☐ | | ☐ | Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu: | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | | | | |
| Data ost. badania | | | |  | | | | | | | | | | |
| Wynik | | | | ☐ w normie | | | | | ☐ poza normą | | | | | |
| Zalecenia | | | |  | | | | | | | | | | |
| **(27)** Czy w ciągu ostatnich dwóch lat miała Pani wykonane badanie piersi? | | | | ☐ | | ☐ | ☐  mammografia | | | | | ☐  USG | | | | ☐  samokontrola | | | | | | | | | | |
| **(28)** Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka sutka? | | | | ☐ | | ☐ | Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu: | | | | | ☐ | | | | ☐ | | | | | | | | | | |
| Data ost. badania | | | |  | | | | | | | | | | |
| Wynik | | | | ☐ w normie | | | | | ☐ poza normą | | | | | |
| Zalecenia | | | |  | | | | | | | | | | |
| **(29)** Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w ramach innych Programów profilaktycznych niż te wymienione w pytaniach: 23-28? | | | | ☐ | | ☐ | Jaki Program: | | | | | Data badania | | | |  | | | | | | | | | | |
| Wynik | | | | ☐ w normie | | | | | | | ☐ poza normą | | | |
| Zalecenia | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Używki** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(30)** Palenie tytoniu | | | | ☐ | | ☐ | Od ilu lat? | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Czy kiedykolwiek palił/a Pan/i papierosy: | | | | | | ☐  Tak | ☐  Nie | | Nie palę od | | | \_\_\_ lat | | Paliła/em | | | | | \_\_\_ lat |
| Wynik testu Fagerstroma (u osób palących) Liczba uzyskanych punktów: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ pkt |
| **(31)** Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ): | | Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol? | | | | | | | ☐  nigdy | | ☐  1 raz w m-cu lub rzadziej | | | | ☐  2-4 razy w miesiącu | | | ☐  2-3  razy w tygodniu | | | | | ☐  częściej niż  4 razy w tygodniu | | | |
| Ile porcji alkoholu wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol? | | | | | | | ☐1-2 | | ☐ 3-4 | | | | ☐ 5-6 | | | ☐ 7-9 | | | | | ☐ 10 lub więcej | | | |
| Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji? | | | | | | | ☐  nigdy | | ☐ rzadziej niż raz w m-cu | | | | ☐ raz w miesiącu | | | ☐  raz w tygodniu | | | | | ☐ codziennie lub prawie codziennie | | | |
| (32) Inne używki | | | ☐ | | ☐ | | | Jakie? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Leczenie poza POZ** | | | **TAK** | | **NIE** | | | **Opis** (w którym roku, jaki zabieg, na jakim oddziale/jakiej poradni) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(33)** Czy przebył/a Pan/i inwazyjne zabiegi diagnostyczne? | | | ☐ | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(34)** Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y (nie dotyczy operacji)? | | | ☐ | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(35)** Czy była Pani/Pan operowana/y? | | | ☐ | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(36)** Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej? | | | ☐ | | ☐ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Farmakoterapia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(37)** Czy przyjmuje Pan/i leki na stałe? | | | ☐ | | ☐ | | | nazwa produktu | | | | | dawka | | | ile razy dziennie | | | | | | | | od kiedy | | |
| **(38)** Czy jest Pan/i uczulony/a na jakikolwiek lek? | | | ☐ | | ☐ | | | ☐ nie wiem | | | | | Jeśli tak, jaki? | | | | | | | | | | | | | |
| **Inne** | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | | | | | | | **NIE** | |
| **(39)** Czy pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko grypie? | | | | | | | | | | | | | | | | | ☐ | | | kiedy? | | | | | ☐ | |
| **(40)** Czy kiedykolwiek pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko WZW typu B? | | | | | | | | | | | | | | | | | ☐ | | | Kiedy? | | | | | ☐ | |
| **Zgłaszane dolegliwości** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (41) Czy w ostatnim czasie zauważyła Pani/Pan któreś z objawów z listy? | | | ☐ | | ☐ | | | * pogarszająca się tolerancja wysiłku * zmiana masy ciała   + spadek   + wzrost * powiększenie obwodu brzucha * zaburzenia ze strony układu pokarmowego * ostre bądź przewlekłe bóle brzucha * zaburzenia wypróżniania * ból brzucha i okolic odbytu, w tym przy wypróżnianiu * świąd odbytu * krwawienia z odbytu / krew w stolcu * nawracające stany zapalne dróg rodnych * problemy z oddawaniem moczu   + krwiomocz   + częstomocz   + trudności w oddawaniu moczu   + ból krocza i podbrzusza * zaburzenia miesiączkowania * wyczuwalne zmiany w piersi * wyciek z brodawek * powiększenie obwodu szyi * wyczuwalne zmiany w obrębie tarczycy * kołatanie serca/tachykardia * ból w klatce piersiowej * duszności * krwioplucie * niepokojący lub długo utrzymujący się kaszel * obrzęki * bóle stawów kończyn dolnych * inne, jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## **Pomiary antropometryczne i parametry życiowe – 89.04**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (42) **masa ciała** | \_\_\_\_kg | (43) **wzrost** | \_\_\_\_cm | (44) **BMI [kg/m2]** | **\_\_\_** |
| (45) **ciśnienie krwi (skurczowe)** | \_\_\_\_ mmHG | (46) **ciśnienie krwi (rozkurczowe)** | \_\_\_\_ mmHG | (47) **tętno** | **\_\_\_** |

## **Ocena samopoczucia psychicznego – 89.01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(48)** Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuł/a się Pan/i przygnębiony/a, depresyjny/a lub zrozpaczony(a)? | ☐ Tak | ☐ Nie |
| **(49)** Czy w ciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/i mniej zainteresowany/a większością spraw lub odczuwał/a Pan/i mniejszą przyjemność z wykonywanych zajęć? | ☐ Tak | ☐ Nie |
| **(50)** Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan/i, by Panu/i pomóc? | ☐ Tak | ☐ Nie |

**Badanie fizykalne (przedmiotowe) – 89.00**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres** | **W normie** | **Poza normą** | **Uwagi** |
| Skóra | ☐ | ☐ |  |
| Węzły chłonne | ☐ | ☐ |  |
| Śluzówki | ☐ | ☐ |  |
| Czaszka | ☐ | ☐ |  |
| Oczy i wzrok | ☐ | ☐ |  |
| Uszy i słuch | ☐ | ☐ |  |
| Nos i powonienie | ☐ | ☐ |  |
| Jama ustno-gardłowa | ☐ | ☐ |  |
| Stan uzębienia | ☐ | ☐ |  |
| Szyja i gruczoł tarczowy | ☐ | ☐ |  |
| Klatka piersiowa | ☐ | ☐ |  |
| Gruczoły piersiowe | ☐ | ☐ |  |
| Płuca | ☐ | ☐ |  |
| Układ sercowo-naczyniowy | ☐ | ☐ |  |
| Brzuch | ☐ | ☐ |  |
| Układ moczowo-płciowy | ☐ | ☐ |  |
| Badanie per rectum | ☐ | ☐ |  |
| Układ nerwowy | ☐ | ☐ |  |

**Część B.**

**Badania diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Badanie** | | **Kwalifikacja do badania** | **Wynik badania** | |
| **prawidłowy** | **nieprawidłowy** |
| Morfologia C55 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| OB C59 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| Badanie ogólne moczu A01 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| Glukoza L43 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| Lipidogram | cholesterol całkowity I99 | ☐ | ☐ | ☐ |
| cholesterol-HDL K01 | ☐ | ☐ | ☐ |
| cholesterol-LDL K03 | ☐ | ☐ | ☐ |
| triglicerydy (TG) O49 | ☐ | ☐ | ☐ |
| Spirometria 89.383 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| ALT (AlAT) I17 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| AST (AspAT) I19 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| TSH L69 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| FT4 069 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| FT3 055 | | ☐ | ☐ |  |
| EKG 89.51 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| Usg jamy brzusznej 88.761 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| USG piersi 88.732 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| USG tarczycy i przytarczyc 88.713 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| PSA I61 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| USG gruczołu krokowego 88.763 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| RTG klatki piersiowej (KLP) 87.440 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kreatynina M37 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kwas moczowy M45 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| Densytometria 88.981 | | ☐ | ☐ | ☐ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podsumowanie bilansu** | | |
| Podejrzenie: | Kod ICD10 |  |
|  |
| Rozpoznanie: | Kod ICD10 |  |
|  |
| Wynik SCORE: | \_\_\_% prawdopodobieństwa zgonu z powodu chorób układu krążenia w ciągu następnych 10 lat | |

**Status zdrowotny pacjenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **☐**  **(1)** zdrowy  - bez czynników ryzyka | **☐**  **(2)** zdrowy (bez objawów) z czynnikami ryzyka | **☐**  **(3)** chory przewlekle  (aktualnie bez objawów) - stabilny | **☐**  **(4)** chory przewlekle (aktualnie z objawami) - wymagający stabilizacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dalsze postępowanie** | | | | | | | |
| ☐  pacjent skierowany na badania spoza pakietu badań bilansowych  *które?*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | ☐  pacjent kwalifikuje się do programu zarządzania chorobą  *wg której choroby?*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ☐  pacjentowi wystawiono skierowanie do lekarza specjalisty  *które specjalności?*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | ☐  pacjentowi wydano kartę DILO |
| ☐  pacjent skierowany do Programu ChUK | ☐  pacjent skierowany do Programu POChP | | ☐  pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka sutka? | ☐  pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka szyjki macicy? | | ☐  pacjent skierowany do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego | |
| Kwalifikacja pacjenta do wizyt: | | **☐**  edukacyjnej  *zakres tematyczny?*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **☐**  specjalistycznych  dietetycznych | | **☐**  specjalistycznej  psychologicznej | |

**Uwagi**

|  |
| --- |
| **------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**  **------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |

|  |  |
| --- | --- |
| **(51)** data zakończenia wypełniania kwestionariusza: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………………………………………  Data i podpis pacjenta | ……………………………………………………………………………  Data i podpis osoby wypełniającej kwestionariusz | ……………………………………………………………………………  Data i podpis lekarza przeprowadzającego badanie |