**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)? | ☐nieuprawiam | ☐1-2razy w tygodniu | ☐3-4razy w tygodniu | ☐częściej niż4 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)? | ☐nieuprawiam | ☐1-2razy w tygodniu | ☐3-4razy w tygodniu | ☐częściej niż4 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 | ☐2-3razy w tygodniu | ☐częściej niż4 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 |