

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	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
(7) Imię i nazwisko		(8) Wsparcie społecznie	<input type="checkbox"/> w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą, np. dzieckiem/współmałżonkiem/partnerem <input type="checkbox"/> stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie
(9) Numer telefonu		(10) Adres e-mail	(11) Adres zamieszkania (kontaktowy)
(12) Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> średnie/zawodowe	<input type="checkbox"/> wyższe (w tym lic./mgr)
			(13) Zawód wykonywany
(6) Wiek		____ lat	

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)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(15) Jak ocenia Pan/i swoją sprawność fizyczną w skali od 1 (bardzo niska) do 5 (bardzo dobra)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(16) Ile razy w tygodniu uprawia Pan/i umiarkowaną* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)?	<input type="checkbox"/> nie uprawiam	<input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> nie uprawiam	<input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> 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 bicia 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			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(19) Ojciec			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(20) Rodzeństwo:									
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(21) dzieci:									
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(22) Dalsi krewni (stopień pokrewieństwa)									
1.			Nie dotyczy			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

ICD-10	Nazwa	Aktualna	Przebyta	Uwagi
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uczestnictwo w programach profilaktycznych/przesiewowych

	TAK	NIE		TAK	NIE
(23) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki układu krążenia (CHUK)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Data ost. badania	
				Wynik	<input type="checkbox"/> w normie <input type="checkbox"/> poza normą
				Zalecenia	
(24) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki chorób odżytoniowych, w tym POChP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Data ost. badania	
				Wynik	<input type="checkbox"/> w normie <input type="checkbox"/> poza normą
				Zalecenia	
(25) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka szyjki macicy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Data ost. badania	
				Wynik	<input type="checkbox"/> w normie <input type="checkbox"/> poza normą
				Zalecenia	
(26) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Data ost. badania	
				Wynik	<input type="checkbox"/> w normie <input type="checkbox"/> poza normą
				Zalecenia	
(27) Czy w ciągu ostatnich dwóch lat miała Pani wykonane badanie piersi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mammografia	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> samokontrola
(28) Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka sutka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Data ost. badania	
				Wynik	<input type="checkbox"/> w normie <input type="checkbox"/> poza normą
				Zalecenia	
(29) Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w ramach innych Programów profilaktycznych niż te wymienione w pytaniach: 23-28?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaki Program:	Data badania	
				Wynik	<input type="checkbox"/> w normie <input type="checkbox"/> poza normą
				Zalecenia	

Używkki

(30) Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Od ilu lat?						
			Czy kiedykolwiek palił/a Pan/i papierosy:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Nie palę od	___ lat	Palił/a em	___ lat
				Wynik testu Fagerstroma (u osób palących) Liczba uzyskanych punktów:					
(31) Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ):	Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?		<input type="checkbox"/> nigdy	<input type="checkbox"/> 1 raz w m-cu lub rzadziej	<input type="checkbox"/> 2-4 razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> częściej niż 4 razy w tygodniu		
	Ile porcji alkoholu wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?		<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 lub więcej		

	Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		nigdy	rzadziej niż raz w m-cu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie		
(32) Inne używki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(34) Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y (nie dotyczy operacji)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(35) Czy była Pani/Pan operowana/y?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(36) Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Farmakoterapia								
(37) Czy przyjmuje Pan/i leki na stałe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nazwa produktu	dawka	ile razy dziennie	od kiedy		
(38) Czy jest Pan/i uczulony/a na jakikolwiek lek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie wiem	Jeśli tak, jaki?				
Inne					TAK		NIE	
(39) Czy pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko grypie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			kiedy?	<input type="checkbox"/>		
(40) Czy kiedykolwiek pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko WZW typu B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Kiedy?	<input type="checkbox"/>		
Zgłaszane dolegliwości								
(41) Czy w ostatnim czasie zauważyła Pani/Pan któreś z objawów z listy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pogarszająca się tolerancja wysiłku <input type="checkbox"/> zmiana masy ciała <input type="checkbox"/> spadek <input type="checkbox"/> wzrost <input type="checkbox"/> powiększenie obwodu brzucha <input type="checkbox"/> zaburzenia ze strony układu pokarmowego <input type="checkbox"/> ostre bądź przewlekłe bóle brzucha <input type="checkbox"/> zaburzenia wypróżniania <input type="checkbox"/> ból brzucha i okolic odbytu, w tym przy wypróżnianiu <input type="checkbox"/> świąd odbytu <input type="checkbox"/> krwawienia z odbytu / krew w stolcu <input type="checkbox"/> nawracające stany zapalne dróg rodnych <input type="checkbox"/> problemy z oddawaniem moczu <input type="checkbox"/> krwimocz <input type="checkbox"/> częstomocz <input type="checkbox"/> trudności w oddawaniu moczu <input type="checkbox"/> ból krocza i podbrzusza <input type="checkbox"/> zaburzenia miesiączkowania <input type="checkbox"/> wyczuwalne zmiany w piersi <input type="checkbox"/> wyciek z brodawek <input type="checkbox"/> powiększenie obwodu szyi <input type="checkbox"/> wyczuwalne zmiany w obrębie tarczycy <input type="checkbox"/> kołatanie serca/tachykardia <input type="checkbox"/> ból w klatce piersiowej <input type="checkbox"/> duszności <input type="checkbox"/> krwioplucie <input type="checkbox"/> niepokojący lub długo utrzymujący się kaszel <input type="checkbox"/> obrzęki <input type="checkbox"/> bóle stawów kończyn dolnych <input type="checkbox"/> inne, jakie? _____					

Pomiary antropometryczne i parametry życiowe – 89.04

(42) masa ciała	_____ kg	(43) wzrost	_____ cm	(44) BMI [kg/m ²]	_____
(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)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
(50) Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan/i, by Panu/i pomóc?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Badanie fizykalne (przedmiotowe) – 89.00

Zakres	W normie	Poza normą	Uwagi
Skóra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Węzły chłonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Śluzówki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czaszka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oczy i wzrok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uszy i słuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nos i powonienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jama ustno-gardłowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stan uzębienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szyja i gruczoł tarczowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klatka piersiowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gruczoły piersiowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Płuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ sercowo-naczyniowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brzuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ moczowo-płciowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Badanie per rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Układ nerwowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Część B.

Badania diagnostyczne

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

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

<input type="checkbox"/> (1) zdrowy - bez czynników ryzyka	<input type="checkbox"/> (2) zdrowy (bez objawów) z czynnikami ryzyka	<input type="checkbox"/> (3) chory przewlekłe (aktualnie bez objawów) - stabilny	<input type="checkbox"/> (4) chory przewlekłe (aktualnie z objawami) - wymagający stabilizacji
---	--	--	--

Dalsze postępowanie

<input type="checkbox"/> pacjent skierowany na badania spoza pakietu badań bilansowych <i>które?</i> _____		<input type="checkbox"/> pacjent kwalifikuje się do programu zarządzania chorobą <i>wg której choroby?</i> _____		<input type="checkbox"/> pacjentowi wystawiono skierowanie do lekarza specjalisty <i>które specjalności?</i> _____		<input type="checkbox"/> pacjentowi wydano kartę DILO	
<input type="checkbox"/> pacjent skierowany do Programu ChUK	<input type="checkbox"/> pacjent skierowany do Programu POChP	<input type="checkbox"/> pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka sutka?	<input type="checkbox"/> pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka szyjki macicy?	<input type="checkbox"/> pacjent skierowany do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego			
Kwalifikacja pacjenta do wizyt:		<input type="checkbox"/> edukacyjnej <i>zakres tematyczny?</i> _____		<input type="checkbox"/> specjalistycznych dietetycznych		<input type="checkbox"/> specjalistycznej psychologicznej	

Uwagi

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

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis osoby wypełniającej kwestionariusz

.....
Data i podpis lekarza przeprowadzającego badanie