Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

**ANKIETA ŚWIADCZENIOBIORCY W PROFILAKTYCE GRUŹLICY  
(wypełnia pielęgniarka POZ)**

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

**Uwaga!** Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia gruźlicą płuc oraz skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej.

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem ,,X”.

**Dane świadczeniobiorcy:**

Nazwisko I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Imię I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I Płeć (K- kobieta, M - mężczyzna) I\_I, Wiek I\_I\_I

PESEL I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I tel. kontaktowy I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Miejscowość I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Kod I\_I\_I-I\_I\_I\_I Poczta I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Ulica I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I Nr lokalu I\_I\_I\_I Nr mieszk. I\_I\_I\_I

Wykonywany zawód: I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

**I. KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z REALIZACJI ŚWIADCZENIA**

**(odpowiedź TAK nie pozwala na wykonanie badania ankietowego)**

1. Czy miał/a Pan/Pani w przeszłości rozpoznaną gruźlicę? TAK I\_I, NIE I\_I

2. Czy w okresie ostatnich 24 miesięcy pielęgniarka poz wykonywała u Pana/Pani badanie ankietowe świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy? TAK I\_I, NIE I\_I

**II.  CZĘŚĆ WŁAŚCIWA ANKIETY**

1. Czy był/a Pan/Pani w przeszłości poddawana badaniu ankietowemu świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy przez pielęgniarkę poz? TAK I\_I, NIE I\_I

jeśli TAK, to ile lat temu ostatni raz? I\_I i czy w efekcie badania skierowano Pana/Panią do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza poz, do którego Pan/Pani jest zadeklarowana/y? TAK I\_I, NIE I\_I

2. Jakie są Pana/Pani warunki mieszkaniowe?

a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (> 4 osób na 1 pokój) TAKI\_I, NIE I\_I

b) jestem osobą bezdomną TAKI\_I, NIE I\_I

c) jestem pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej TAKI\_I, NIE I\_I

3. Czy mieszkający z Panem/Panią, czy też przebywający w Pana/Pani otoczeniu chorują/chorowali na gruźlicę? TAKI\_I, NIE I\_I

4. Czy jest Pan/Pani osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi? TAKI\_I, NIE I\_I

5. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu cukrzycy? TAKI\_I, NIE I\_I

6. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek? TAKI\_I, NIE I\_I

7. Czy określiłby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAKI\_I, NIE I\_I

8. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAKI\_I, NIE I\_I

9. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAKI\_I, NIE I\_I

10. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAKI\_I, NIE I\_I

11. Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAKI\_I, NIE I\_I

12. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:

a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAKI\_I, NIE I\_I

b) krwioplucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAKI\_I, NIE I\_I

c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAKI\_I, NIE I\_I

d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAKI\_I, NIE I\_I

13. Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAKI\_I, NIE I\_I

|  |
| --- |
| ..............................…………………………………………..............................………………………… |
| data i podpis świadczeniobiorcy |

**Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:**

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przeze mnie danych dla potrzeb realizacji świadczeń profilaktyki gruźlicy

|  |
| --- |
| ..............................…………………………………………..............................………………………… |
| data i podpis świadczeniobiorcy |

**LEGENDA:**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 2c, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12d, 13, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 1 PKT,**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 2a, 2b, 3, 7, 12a, 12b, 12c, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 2 PKT.**

**LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ**

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

24 -10 podwyższone

9 - 1 umiarkowane

**Wynik oceny na podstawie ankiety**

**U pacjenta stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowania na gruźlicę (uzyskał > 9 punktów) i został skierowany celem dalszej oceny stanu zdrowia do lekarza poz, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje.**

|  |  |
| --- | --- |
| (adres Poradni) …………………………………….……………………………………………………... | |
| **TAKI\_I,** | **NIE I\_I** |
| ..............................…………………………………………..............................………………………… | |
| Data, oznaczenie pielęgniarki poz | |