

## 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	(6) Wiek	— lat
(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	

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

(14) Jak ocenia Pani/Pan 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 Pani/Pan 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 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			<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 przebytych chorób pacjenta) – 89.01

ICD-10	Nazwa	Aktua lna	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 odtytoniowych, 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 pacjentka 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"/>	Jeśli tak, Ile sztuk dziennie?				Od ilu lat?		
				Czy kiedykolwiek palił/a Pan/i papierosy:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Nie palę od	<input type="text"/> lat	Palę/ em	<input type="text"/> lat
		Wynik testu Fagerstroma (u osób palących) Liczba uzyskanych punktów:								
(31) Spożycie alkoholu	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		

(wg AUDIT-C dla POZ):	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"/> nigdy	<input type="checkbox"/> rzadziej niż raz w m-cu	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> codziennie lub prawie codziennie
(32) Inne używki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie?				
<b>Leczenie poza POZ</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>	<b>Opis (w którym roku, jaki zabieg, na jakim oddziale/jakiej poradni)</b>				
(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"/>					
<b>Farmakoterapia</b>							
(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?			
<b>Inne</b>					<b>TAK</b>		<b>NIE</b>
(39) Czy pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko grypie?					<input type="checkbox"/>	kiedy?	<input type="checkbox"/>
(40) Czy kiedykolwiek pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko WZW typu B?					<input type="checkbox"/>	Kiedy?	<input type="checkbox"/>
<b>Zgłaszane dolegliwości</b>							
(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	_____ cm	(43) wzrost	_____ kg	(44) BMI [kg/m <sup>2</sup> ]	_____
(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"/>	<input type="checkbox"/>
	cholesterol-HDL K01			

	cholesterol-LDL K03			
	triglicerydy (TG) O49			
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 O69		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FT3 O55		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>(1)</b> zdrowy - bez czynników ryzyka	<b>(2)</b> zdrowy (bez objawów) z czynnikami ryzyka	<b>(3)</b> chory przewlekłe (aktualnie bez objawów) - stabilny	<b>(4)</b> 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 ścieżki?</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 edukacyjnych:	<input type="checkbox"/> wizyta edukacyjna		<input type="checkbox"/> wizyty edukacyjne dietetyczne	<input type="checkbox"/> wizyty edukacyjne psychologiczne

## Uwagi


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

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
Data i podpis osoby wypełniającej kwestionariusz

.....  
Data i podpis lekarza przeprowadzającego badanie