

KWESTIONARIUSZ BILANSOWY

Część A.

Dane personalne

(1) Imię i nazwisko		(2) Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M	(3) Wiek	__ lat
(4) PESEL		(5) 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	
(6) Numer telefonu		(7) Adres e-mail				
(8) Wykształcenie <i>Proszę zaznaczyć odpowiednią kategorię, poniżej:</i>		(9) Zawód wykonywany				
<input type="checkbox"/> podstawowe		<input type="checkbox"/> średnie/zawodowe	<input type="checkbox"/> wyższe (w tym licencjat/magister)			

Ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej i samopoczucia psychicznego- 89.01

(10) 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	
(11) 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	
(12) Ile razy w tygodniu uprawia Pani/Pan sport?	<input type="checkbox"/> nie uprawiam sportu	<input type="checkbox"/> 1-3 razy w miesiącu	<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	
(13) Przez ile minut tygodniowo uprawia Pan/i aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy):						
13.1 Umiarkowaną , tj. prowadzącą 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).					_____ min	
13.2 Intensywną , tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).					_____ min	
(14) 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
(15) 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
(16) Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan(i), by Panu(i) pomóc?"					<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Wywiad rodzinny – 89.01

Członkowie rodziny I stopnia (żyjący i zmarli)	Rok ur.	Czy żyje? (tak/nie)	a. Zachorowania na alergię (astma), cukrzycę, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze			b. Zachorowania na nowotwory			
			tak	nie	jakie?	tak	nie	w jakim wieku?	umiejscowienie nowotworu
(17) Matka			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(18) Ojciec			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(19) 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"/>		

(20) 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"/>		
(21) Dalsi krewni (stopień pokrewieństwa)									
1.	<i>Nie dotyczy</i>					<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 (historia przebytych chorób) – 89.01

Informacja o stanie zdrowia (przebyte i przewlekłe) choroby	TAK	NIE	ICD-10	Opis (jaka choroba, typ, rodzaj, od kiedy itp.)
(22) Urazy czaszki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(23) Urazy układu ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(24) Omdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(25) Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(26) Inne choroby układu nerwowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(27) Choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(28) Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(29) Choroby narządu słuchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(30) Choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(31) Choroby układu krwiotwórczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(32) Choroby układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(33) Choroby układu oddechowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(34) Choroby przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(35) Choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(36) Choroby układu ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(37) Choroby skóry/uczulenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(38) Choroby zakaźne / pasożytnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(39) Choroby onkologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(40) Inne problemy zdrowotne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Uczestnictwo z programach profilaktycznych/przesiewowych				
(41) Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w Programie profilaktyki układu krążenia (CHUK)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(42) Jeśli tak, kiedy: - data ostatniego badania: - data kolejnego badania: W normie: Poza normą: Otrzymane zalecenia:
(43) Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym POChP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(44) Jeśli tak, kiedy: - data ostatniego badania: - data kolejnego badania: W normie: Poza normą: Otrzymane zalecenia:
(45) Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		(46) Jeśli tak, kiedy: - data ostatniego badania: - data kolejnego badania: W normie: Poza normą: Otrzymane zalecenia:

(47) Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w ramach innych Programów profilaktycznych niż te wymienione w pytaniach: 41, 43, 45, 51, 53?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(48) Jeśli tak, w jakich i kiedy: - data ostatniego badania: - data kolejnego badania: W normie: Poza normą: Otrzymane zalecenia:					
(49) Czy w okresie ostatnich 5 lat pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia ochronne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(50) Jeśli tak, jakie i kiedy?					
Wywiad GIN-POŁ dotyczy wyłącznie kobiet								
51) Czy pacjentka korzystała ze świadczeń w Programie profilaktyki raka sutka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(52) Jeśli tak, kiedy? W normie: Poza normą: Otrzymane zalecenia:					
(53) Czy pacjentka korzystała ze świadczeń w Programie profilaktyki raka szyjki macicy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(54) Jeśli tak, kiedy? W normie: Poza normą: Otrzymane zalecenia:					
(55) Czy Pani miesiączkuje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(56) Rok życia w którym wystąpiła 1 miesiączka:	(57) Data ostatniej miesiączki:				
(58) Czy jest Pani w okresie menopauzy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(59) Jeśli tak, rok życia wejścia w okres menopauzy:					
(60) Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną lub hormonalną terapię zastępczą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(61) Jeśli tak, od kiedy?	(62) Rodzaj terapii:				
(563) Czy miała Pani kiedyś wykonane badanie piersi (w tym prywatnie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(64) Jeśli tak, co najmniej rok ostatniego badania:	(65) Jaki był wynik:				
Używkii								
(66) Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(67) Jeśli tak, Ile sztuk dziennie?	(668) Przez ile lat?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(69) Jeśli nie: Nigdy nie paliłam/em	<input type="checkbox"/> Paliłam przez ____ lat <input type="checkbox"/> Nie paliłam od ____ lat				
	(70) Wynik testu Fagerstroma (u osób palących) Liczba uzyskanych punktów:		____ pkt	(71) Wynik SCORE	____%			
Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ):	(72) Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?		<input type="checkbox"/> nigdy	<input type="checkbox"/> 1 raz w miesiącu 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	<input type="checkbox"/> 4 lub więcej razy w tygodniu
	(73) 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	
	(74) Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?		<input type="checkbox"/> nigdy	<input type="checkbox"/> rzadziej niż raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> codziennie lub prawie codziennie	
(75) 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)					
(76) Czy przebył/a Pan/i jakiegokolwiek zabiegi diagnostyczne i /lub operacyjne w ciągu życia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(77) Czy była Pani/Pan hospitalizowany?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(78) Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Farmakoterapia								

(79) Czy przyjmuje Pan/i leki na stałe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie (nazwa produktu, dawka, ile razy dziennie) i od kiedy?
(80) Czy przyjmuje Pan/i leki doraźne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jakie (nazwa produktu, dawka, ile razy dziennie) i jak często?
(81) Czy jest Pan/i uczulony/a na jakikolwiek lek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaki?
(82) Czy zaobserwował/a Pan/i reakcje niepożądane na jakikolwiek lek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaki lek, jakiego typu działanie niepożądane?
Zgłaszane dolegliwości			
(83) 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"/> krwiomocz <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

(84) masa ciała	____ cm	(85) wzrost	____ kg	(86) BMI [kg/m ²]	____
(87) ciśnienie krwi (skurczowe)	____ mmHG	(88) ciśnienie krwi (rozkurczowe)	____ mmHG	(89) tętno	____

Badanie fizykalne (przedmiotowe) – 89.00

<u>Zakres</u>	W normie	Poza normą
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"/>
Wątroba i pęcherzyk żółciowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Śledziona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trzustka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badanie per rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ moczowo-płciowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ kostno-stawowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ nerwowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

..... Data i podpis pacjenta Data i podpis osoby wypełniającej kwestionariusz Data i podpis lekarza przeprowadzającego badanie
---------------------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Część B.

Badania diagnostyczne

Badanie	Kwalifikacja do badania	Wynik zleconego badania (należy wpisać konkretny wynik badania)	
		Wynik w normie	Wynik poza normą
Morfologia C55	<input type="checkbox"/>		
OB C59	<input type="checkbox"/>		
Badanie ogólne moczu A01	<input type="checkbox"/>		
Glukoza L43	<input type="checkbox"/>		
Lipidogram	cholesterol całkowity I99	<input type="checkbox"/>	
	cholesterol-HDL K01		
	cholesterol-LDL K03		
	triglicerydy (TG) O49		
Spirometria 89.383	<input type="checkbox"/>		
ALT (AlAT) I17	<input type="checkbox"/>		
AST (AspAT) I19	<input type="checkbox"/>		
TSH L69	<input type="checkbox"/>		
FT4 069	<input type="checkbox"/>		
FT3 055	<input type="checkbox"/>		
EKG 89.51	<input type="checkbox"/>		
Usg jamy brzusznej 88.761	<input type="checkbox"/>		
USG piersi 88.732	<input type="checkbox"/>		
USG tarczycy i przytarczyc 88.713	<input type="checkbox"/>		
PSA I61	<input type="checkbox"/>		
USG gruczołu krokowego 88.763	<input type="checkbox"/>		

RTG klatki piersiowej (KLP) 87.440	<input type="checkbox"/>		
Kreatynina M37	<input type="checkbox"/>		
Kwas moczowy M45	<input type="checkbox"/>		
Densytometria 88.981	<input type="checkbox"/>		

Uwagi (np. dotyczące wystawionych skierowań do lekarzy specjalistów w ramach AOS)

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
-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

.....
Data i podpis osoby lekarza

OOK!

NFZ