

---

### REKRUTACJA I KWALIFIKACJA DO BADAŃ BILANSOWYCH

---

1. Do badań bilansowych rekrutowani są pacjenci:
  - z list pacjentów zadeklarowanych do lekarzy POZ (listy aktywne) danego miejsca udzielania świadczeń w ramach realizowanego pilotażu POZ +
  - z danej grupy wiekowej, tj. 20-24 lat, 25-29 lat, 30-34 lat, 35-39 lat, 40-44 lat, 45-49 lat, 50-54 lat, 55-59 lat, 60-65 lat,
2. Do badań bilansowych kwalifikowani są pacjenci, którzy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy przed potencjalnym bilansem:
  - nie mieli wykonywanych badań diagnostycznych (z zakresu badań bilansowych lub innych programów profilaktycznych, w tym w Programie Profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK)) – *weryfikacja historii choroby w POZ*
  - nie byli u lekarza POZ z powodu choroby przewlekłej (tj. nie dotyczy np. epizodu chorobowego związanego np. z infekcją górnych dróg oddechowych) – *weryfikacja historii choroby w POZ*
  - nie byli u lekarza specjalisty w ramach AOS z powodu choroby przewlekłej, ani nie byli hospitalizowani – *weryfikacja historii choroby pod kątem wystawionych skierowań i/lub deklaracja pacjenta*

Na badania bilansowe pacjenci są zapraszani np. telefonicznie przez koordynatora, w terminie uzgodnionym z pacjentem i zgodnie z pisemnym upoważnieniem pacjenta w dokumentacji POZ.

---

### ZGODA PACJENTA NA PRZETWARZANIE DANYCH

---

Przed rozpoczęciem procedury badania bilansowego pobiera się zgodę pacjenta na przetwarzanie danych zawartych w kwestionariuszu bilansowym przez świadczeniodawcę. Do przetwarzania danych uprawniony będzie również NFZ w celu badania wskaźników jakości ustalonych dla projektu pilotażowego, oceny populacyjnych rozkładów poszczególnych pomiarów (np. ciśnienie tętnicze, masa ciała, BMI).

Przykład:

**Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu komórkowego: ..... (nieobowiązkowe)

Nr telefonu stacjonarnego: ..... (nieobowiązkowe)

Adres e-mail: ..... (nieobowiązkowe)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

## Załącznik 2 Instrukcja wypełniania kwestionariusza bilansowego.

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS \*\* zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....

.....  
miejsowość i data

czytelny podpis świadczeniobiorcy

\*\* niepotrzebne skreślić

---

### *INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA KWESTIONARIUSZA BILANSOWEGO*

---

- Kwestionariusz bilansowy wypełnia się elektronicznie, a po wypełnieniu wszystkich elementów drukuje się go, podpisuje i dołącza do historii choroby pacjenta; w przypadku dokumentacji elektronicznej – należy dołączyć skan podpisanego kwestionariusza.
- Kwestionariusz winien być wypełniany przez osobę przeprowadzającą wywiad (np. pielęgniarkę), a nie przez pacjenta samodzielnie.
- Niektóre z pytań będą wymagały odpowiedniej interpretacji, która powinna być znana osobie wypełniającej kwestionariusz.
- W przypadku, gdy pytania nie są zrozumiałe dla pacjenta, osoba wypełniająca kwestionariusz powinna objaśniać wątpliwości pacjenta, ew. zadawać pytania dodatkowe, podawać przykłady.
- Przed wypełnieniem kwestionariusza pacjent powinien zostać poinformowany o konieczności dostarczenia kart informacyjnych z ostatnich hospitalizacji, konsultacji w ramach AOS, innej dokumentacji medycznej oraz opakowań aktualnie zażywanych leków.

**Podczas wizyty przed-bilansowej, pielęgniarka zakłada kwestionariusz bilansowy i wypełnia go w części A:**

- **Sekcja „dane personalne” (pyt. 1 - 9)** – weryfikacja danych z karty pacjenta i ich aktualizacja na podstawie deklaracji pacjenta.
- **Sekcja „ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej i samopoczucia psychicznego” (pyt. 10 - 16)** – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

Interpretacja dot. aktywności fizycznej (pyt. 13):

Za odpowiednią aktywność fizyczna uznaje się, co najmniej:

## Zał. 2 Instrukcja wypełniania kwestionariusza bilansowego.

- $\geq 150$  min/tydzień umiarkowanego, tlenowego wysiłku fizycznego (30 min przez 5 dni w tygodniu) [pyt. 13.1] lub
- 75 min/tydzień energicznego, tlenowego wysiłku fizycznego (15 min przez 5 dni/tydzień) [pyt. 13.2]

W przypadku odpowiedzi twierdzącej na pytanie nr 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? ”,*

→ należy przeprowadzić dokładny wywiad w kierunku depresji i innych zaburzeń stanu psychicznego zgodnie z wytycznymi PTP, PTMR i KLRwP (dot. Zaburzeń depresyjnych dla POZ).

W przypadku odpowiedzi: „nie” na pytanie nr 16:  
„Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan(i), by Panu(i) pomóc? ”,

→ z dużym prawdopodobieństwem przyjąć można, że pacjent nie ma depresji.

- **Sekcja „wywiad rodzinny”** (pyt. 17 - 21) – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

Wywiad rodzinny dotyczy zarówno żyjących jak i zmarłych członków rodziny (wstępni, zstępni, krewni).

Jeśli pacjent nie zna roku urodzenia lub wieku zachorowania danej osoby, należy wpisać „nie pamięta”.

- **Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób) - Informacja o stanie zdrowia (przebyte i przewlekłe) choroby”** (pyt. 22 - 40) – weryfikacja danych z karty pacjenta oraz odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

Osoba wypełniająca kwestionariusz powinna zadawać pytania dodatkowe dotyczące wymienianych przez pacjenta chorób i pomóc sklasyfikować daną chorobę do odpowiedniej kategorii. Kolumna ICD-10 jest wypełniana na podstawie dokumentacji medycznej dostępnej w POZ lub dostarczonej przez pacjenta. Jeśli ICD-10 nie jest znane, należy wpisać „brak danych”.

- **Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób) - Uczestnictwo z programach profilaktycznych/przesiewowych”** (pyt. 41 - 50 )

Świadczeniodawca powinien zweryfikować w historii choroby, programie SIMP uczestnictwo w poszczególnych programach profilaktycznych, i/lub przyjąć deklarację pacjenta (w przypadku braku dostępu do SIMP).

W przypadku informacji o szczepieniach ochronnych – weryfikacja danych z karty pacjenta oraz odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

## Załącznik 2 Instrukcja wypełniania kwestionariusza bilansowego.

- Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób) - Wywiad GIN-POŁ dotyczy wyłącznie kobiet” (pyt. 51- 65) – weryfikacja danych z karty pacjenta, dokumentacji dostarczonej przez pacjenta i/lub odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.
- Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób) -Użytki” (pyt. 66-74) - odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.
  - **palenie tytoniu (pyt. 70)** - interpretacja testu uzależnienia od tytoniu wg. Fagerströma

### Punktacja

1. Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan(Pani) pierwszego papierosa?
  - a. do 5 min 3
  - b. w 6-30 min 2
  - c. w 31-60 min 1
  - d. po 60 min 0
2. Czy ma Pan(Pani) trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie jest to zakazane?
  - a. tak 1
  - b. nie 0
3. Z którego papierosa jest Panu(Pani) z pierwszego rano 1 najtrudniej zrezygnować? z każdego następnego 0
4. Ile papierosów wypala Pan(Pani)
  - a. 10 lub mniej 0 w ciągu dnia?
  - b. 11-20 1
  - c. 21-30 2
  - d. 31 i więcej 3
5. Czy częściej pali Pan(Pani) papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu tak 1 niż w pozostałej części dnia? nie 0
6. Czy pali Pan (Pani) papierosy nawet wtedy, gdy jest Pan(Pani) tak 1 tak chory/a, że musi leżeć w łóżku? nie 0

### Interpretacja testu :

- liczba punktów 0-3 uzależnienie słabe
  - liczba punktów 4-6 uzależnienie umiarkowane
  - liczba punktów 7-10 uzależnienie silne
- **wynik SCORE (pyt. 71)** - ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie algorytmu SCORE

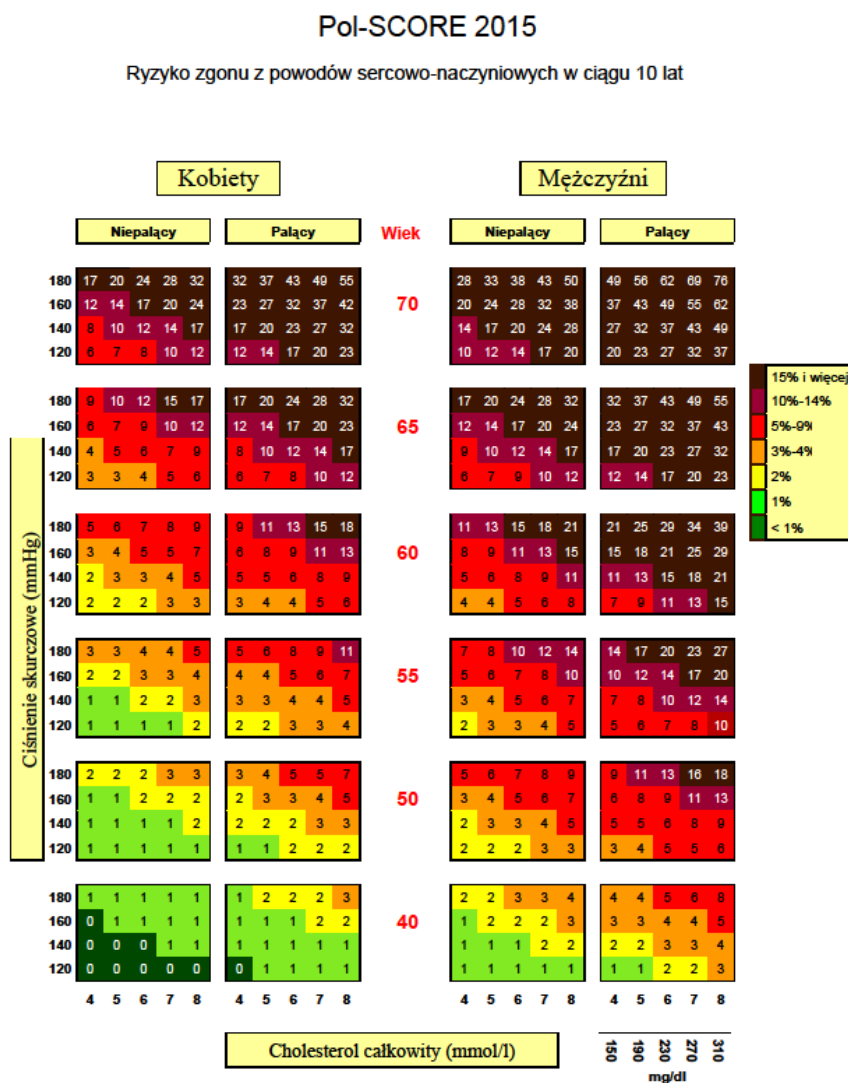
W kwestionariuszu bilansowym należy podać wynik ryzyka sercowo-naczyniowego obliczony na podstawie tablicy SCORE.

W tablicy SCORE należy znaleźć odpowiedni kwadrat uwzględniający płeć, wiek oraz ewentualnie palenie papierosów. Następnie należy wyszukać miejsce, w którym

## Załącznik 2 Instrukcja wypełniania kwestionariusza bilansowego.

krzyżują się wartości skurczowego ciśnienia tętniczego i cholesterolu całkowitego. Należy odczytać wynik.

Poszczególne liczby w tabeli wyrażone w procentach oznaczają ryzyko ogólne, czyli prawdopodobieństwo zgonu z powodu chorób układu krążenia w ciągu następnych 10 lat. Ryzyko  $\geq 5\%$  uważa się za duże (kolory czerwony i ciemnoczerwony w tabeli). Osoby obciążone takim ryzykiem wymagają szczególnej uwagi, często wymagają leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii.



Źródło: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne  
([http://www.ptkardio.pl/Uaktualniona\\_wersja\\_oceny\\_ryzyka\\_sercowo\\_naczyniowego\\_Pol\\_SCORE\\_2015-2459](http://www.ptkardio.pl/Uaktualniona_wersja_oceny_ryzyka_sercowo_naczyniowego_Pol_SCORE_2015-2459))

## Załącznik 2 Instrukcja wypełniania kwestionariusza bilansowego.

- **Punktacja i interpretacja testu AUDIT-C dla POZ (pyt. 71 – 74):**
  1. Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?
    - Nigdy (0 pkt.)
    - 1 raz w miesiącu lub rzadziej (1 pkt.)
    - 2-4 razy w miesiącu (2 pkt.)
    - 2-3 razy w tygodniu (3 pkt.)
    - 4 lub więcej razy w tygodniu (4 pkt.)
  2. Ile porcji alkoholu wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?
    - 1-2 (0 pkt.)
    - 3-4 (1 pkt.)
    - 5-6 (2 pkt.)
    - 7-9 (3 pkt.)
    - 10 lub więcej (4 pkt.)
  3. Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?
    - Nigdy (0 pkt.)
    - Rzadziej niż raz w miesiącu (1 pkt.)
    - Raz w miesiącu (2 pkt.)
    - Raz w tygodniu (3 pkt.)
    - Codziennie lub prawie codziennie (4 pkt.)

Uwaga – 1 porcja alkoholu to 10 g. czystego alkoholu.

Norma dla kobiet wynosi do 2-3 pkt., a dla mężczyzn 4 pkt. lub poniżej.

Przekroczenie tych wartości może świadczyć o istnieniu problemu alkoholowego (picie szkodliwe lub uzależnienie).

- **Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób) – Leczenie poza POZ” (pyt. 76-78) -** odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta i/lub dostarczonej przez niego dokumentacji.
- **Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób) - Farmakoterapia” (pyt. 79-82) -** odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta i/lub dostarczonej przez niego dokumentacji/opakowań aktualnie zażywanych leków.
- **Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób) – Zgłaszane dolegliwości” (pyt. 83) -** odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta. Poszczególne dolegliwości stanowią jednocześnie kryteria ryzyka/warunki kwalifikujące do badań z zakresu bilansu pogłębionego (zgodnie z macierzą w części opisowej badania bilansowe).
- **Sekcja „Wywiad (historia przebytych chorób)” - pomiary antropometryczne i parametry życiowe” (pyt. 84 - 89) –** dokonanie pomiarów przez pielęgniarkę wypełniającą kwestionariusz i ich odnotowanie w kwestionariuszu.

Pomiary należy wykonać po wywiadzie z pacjentem, co zapewni wymagane warunki (szczególnie dla pomiaru ciśnienia).

**Masa ciała** (pyt. 84) winna być wykonana u pacjenta bez obuwia i ubrania (w białym). Pozycja wyprostowana ze stopami złączonymi, pięty skierowane do tylnej krawędzi wagi, rozkładając ciężar ciała równomiernie na obu nogach, ze wzrokiem

## Załącznik 2 Instrukcja wypełniania kwestionariusza bilansowego.

skierowanym przed siebie. Pomiarów nie należy zaokrąślać, należy odczytać z dokładnością do 0.1 kg.

**Wysokość ciała** (pyt. 85) dokonywana po pomiarze masy ciała, bez obuwia, w pozycji swobodnie wyprostowanej. Kończyny dolne wyprostowane, złączone, stopy złączone piętami, palce lekko rozwarne. Tylne krawędzie pięt i największe wypukłości pośladków, kifozy piersiowej i potylicy powinny znajdować się w jednej linii pionowej. Kończyny górne wzdłuż tułowia dłońmi zwrócone do ud. Głowa w płaszczyźnie frankfurckiej (górne krawędzie otworów słuchowych zewnętrznych i dolna krawędź oczodołu są na tym samym poziomie). Pomiarów nie należy zaokrąślać, należy odczytać z dokładnością do 1 mm.

**Wskaźnik masy ciała** (pyt. 86) zostanie wyliczony w oparciu o wzór:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała (kg)}}{\text{wysokość ciała (m)}^2}$$

**Ciężenie tętnicze - BP** (pyt. 85 i 86) oraz **tętno** (pyt. 87) powinno być mierzone zgodnie z wytycznymi Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w nadciśnieniu tętniczym:

- Należy pozwolić pacjentom na odpoczynek w pozycji siedzącej przez 3–5 min przed rozpoczęciem pomiarów BP
- Przeprowadzić co najmniej 2 pomiary BP w pozycji siedzącej w odstępie 1–2 min, a także dodatkowe pomiary, jeżeli pierwsze 2 znacznie się różnią. Rozważyć uśrednienie pomiarów, jeżeli zostanie to uznane za właściwe
- Dokonywać powtarzanych pomiarów BP w celu zwiększenia dokładności u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca, takimi jak migotanie przedsionków
- Posługiwać się standardowym mankietem (szerokość 12–13 cm i długość 35 cm), ale mieć do dyspozycji również większy i mniejszy mankiet do pomiarów na odpowiednio dużym (obwód > 32 cm) i szczupłym ramieniu
- Zakładać mankiet na wysokości serca niezależnie od pozycji ciała pacjenta
- Kiedy stosuje się metodę osłuchową, wykorzystywać I i V fazę tonów Korotkowa (pojawienie się i zniknięcie tonów) do określenia odpowiednio ciśnienia skurczowego i rozkurczowego
- Podczas pierwszej wizyty mierzyć ciśnienie na obu ramionach w celu wykrycia możliwej różnicy. Jeżeli stwierdzi się taką różnicę, jako poziom odniesienia należy przyjąć tę kończynę górną, na której zmierzono wyższe BP
- Podczas pierwszej wizyty mierzyć ciśnienie po 1 i 3 min od przyjęcia pozycji stojącej u osób w podeszłym wieku, u chorych na cukrzycę, a także w innych sytuacjach, w których ortostatyczne spadki BP są częste lub można je podejrzewać
- W przypadku konwencjonalnych pomiarów BP mierzyć również częstość rytmu poprzez badanie palpacyjne tętna (przez co najmniej 30 s) po drugim pomiarze ciśnienia w pozycji siedzącej

## Załącznik 2 Instrukcja wypełniania kwestionariusza bilansowego.

Bezpośrednio po wizycie przed-bilansowej następuje wizyta lekarska, podczas której lekarz weryfikuje dane zebrane w kwestionariuszu (uzupełnia go o dane z wywiadu lekarskiego), przeprowadza badanie podmiotowe i kwalifikuje pacjenta do badań diagnostycznych

w zakresie podstawowym lub pogłębionym.

- **Sekcja „Badanie fizykalne (przedmiotowe)”** – w danej sekcji należy wskazać odchylenia od normy stwierdzone podczas badania fizykalnego.

Badanie to powinno obejmować m.in. ocenę skóry, głowy i szyi, jamy ustnej, klatki piersiowej i płuc, w tym sposobu oddychania, układu sercowo-naczyniowego, układu mięśniowo-szkieletowego, jamy brzusznej, gruczołów piersiowych, dołów pachowych, węzłów chłonnych, odbytnicy (per rectum), obecność np. przepuklin, obrzęków, żyłaków.

### Część B. Jest uzupełniania po wykonaniu zleconych badaniach diagnostycznych.

- **Sekcja „Badania diagnostyczne”** – w tabeli „badania diagnostyczne” w kolumnie „Kwalifikacja do badania” należy wskazać, do których badań został zakwalifikowany pacjent. Do badań: morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram, kwalifikowani są wszyscy pacjenci (badania z pakietu podstawowego).

W części „Wynik zleconego badania” należy wpisać wyniki odpowiednich badań, klasyfikując je do odpowiedniej kategorii: „w normie” lub „poza normą”. Należy wpisać konkretny wynik badania. Odnośnie badań, których wynik jest w postaci opisowej – należy zamieścić wersję skróconą opisu. W przypadku, gdy dane badanie nie było wykonywane, należy wpisać „nie dotyczy”. Wykonanie wszystkich badań ujętych w kwestionariuszu powinno być udokumentowane zgodnie z warunkami umowy. W celu udokumentowania wyniku badania możliwe jest dołączenie jego kserokopii do dokumentacji medycznej pacjenta.

- **Sekcja „uwagi”** – w sekcji uwagi, należy wpisać wszystkie informacje dotyczące dalszego postępowania lub mające znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.
- **Sekcja „status zdrowotny”** – pacjent jest klasyfikowany do jednej z czterech kategorii, w zależności od wyniku badania bilansowego.

Część danych z kwestionariusza będzie generowana do Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ). Dokument ten jest omawiany z lekarzem i jest przekazywany pacjentowi jako podsumowanie badań bilansowych. Ponadto stanowi podstawę do określenia zakresu wizyty edukacyjnej w odniesieniu do profilu stwierdzonych ryzyk związanych z zachowaniem zdrowotnym pacjenta.