

Profilaktyczne badania bilansowe

„**Bilans**” rozumiemy jako zestaw wystandaryzowanych badań realizowanych w ramach profilaktyki chorób przewlekłych przeznaczony dla całej populacji objętej opieką świadczeniodawcy realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ PLUS (w zgłoszonym miejscu udzielania świadczeń), wykonywany raz na pięć lat, w pięcioletnich grupach wiekowych od 20 do 65 roku życia (minimalny odstęp czasu pomiędzy badaniami bilansowymi z danych przedziałów wiekowych to 5 lat). Zgodnie z kryteriami kwalifikacji (wiek pacjenta traktujemy rocznikowo, nie wg. daty urodzenia, np. do grupy 20-24 lata kwalifikujemy pacjentów urodzonych w latach 1994-1998).

Zasadniczym celem badań bilansowych jest identyfikacja pacjentów zdrowych i potencjalnie chorych (stratyfikacja populacji), w celu umożliwienia zarządzania liczbą i typem usług przewidzianych dla danej grupy pacjentów. Dopuszcza się możliwość przeprowadzenia bilansu pacjentom z już zdiagnozowaną chorobą przewlekłą w celu wykrycia ewentualnej wielochorobowości.

Kwalifikacja do badania obejmuje wyodrębnienie listy pacjentów z dostępnych deklaracji złożonych u lekarza POZ. Koordynator/rejestratorka na tej podstawie może rozpocząć zapraszanie pacjentów na bilans. Najbardziej skuteczną formą zaproszenia jest bezpośrednia rozmowa z pacjentem (przy rejestracji, na innej wizycie, telefonicznie), gdzie przekazane powinny być ogólne zasady badania bilansowego z krótką informacją na jakie pytania powinien pacjent się przygotować (choroby przewlekłe i onkologiczne w rodzinie, odbyte badania profilaktyczne, zażywane leki, przebyte hospitalizacje, itd.)

Przy pierwszej wizycie w placówce (jeśli rozpoczęcie nie wystąpiło przy okazji innej wizyty) pacjent powinien przyjść z materiałem do badań. Koordynator **przedkłada do podpisania zgodę pacjenta** na przetwarzanie danych w POZ PLUS (zgodnie z załącznikiem nr 9 do Zarządzenia POZ PLUS) oraz rozpoczyna wywiad w części „A. Dane personalne”. Jeśli koordynator jest również osobą wykonującą zawód medyczny, np. pielęgniarką - może również wypełnić pozostałe sekcje części A - z wyłączeniem sekcji „badanie fizykalne”. Pozostała część kwestionariusza, tj. począwszy od sekcji „badanie fizykalne” jest wypełniana przez lekarza. Dopuszcza się możliwość wypełniania/modyfikowania całego formularza przez lekarza.

Na dalszym etapie wypełniania kwestionariusza lekarz kontynuuje wywiad medyczny z pacjentem, wykonuje/ocenia podstawowe badania antropometryczne i **decyduje czy w danym przypadku będzie to bilans podstawowy, czy pogłębiony**. Następnie wystawia niezbędne skierowania z katalogu (Załącznik 1b) i kieruje pacjenta do punktu pobrań. W zależności od typu zleconych badań koordynator wyznacza następny termin wizyty (zamykającej bilans).

W przypadku, gdy pytania nie są zrozumiałe dla pacjenta, osoba wypełniająca kwestionariusz powinna wyjaśnić (rozwiązać) wątpliwości pacjenta, ew. zadawać pytania dodatkowe, podawać przykłady.

Wyniki wszystkich zleconych badań trafiają do dokumentacji pacjenta i powinny być dostępne na wizycie zamykającej bilans. Podczas wizyty następuje ocena stanu zdrowia w zakresie ryzyka wystąpienia choroby przewlekłej (rozumianej jako choroba nieuleczalna skutkująca pogorszeniem funkcjonowania

z towarzyszącymi objawami somatycznymi i/lub psychicznymi). Pacjent kwalifikowany jest przez lekarza do określonej grupy o statusie zdrowotnym:

1. zdrowy - bez czynników ryzyka,
2. zdrowy (bez objawów) - z czynnikami ryzyka,
3. chory przewlekłe (bez aktualnych objawów) - stabilny,
4. chory przewlekłe (aktualnie z objawami) - wymagający stabilizacji.

W ramach podsumowania badania bilansowego powstaje **Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego (IPPZ)**. Jest on przekazywany pacjentowi i z nim omawiany. Wskazane jest zinterpretowanie wyników badań i testów. Dodatkowo pacjent jest informowany o:

- konieczności samokontroli, np. w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi,
- zalecanej zmianie stylu życia (np. podjęcie aktywności fizycznej),
- ew. zasadności wykonania badań spoza pakietu badań bilansowych,
- kwalifikacji do programu Zarządzania chorobą,
- konieczności kontynuacji leczenia w AOS (gdy wykryto chorobę spoza programu Zarządzania chorobą lub stan zaawansowania uniemożliwia kontynuację leczenia w POZ),
- kwalifikacji do innych badań profilaktycznych, finansowanych ze środków publicznych (np. cytologia, mammografia, kolonoskopia),
- podejrzenia choroby onkologicznej (wystawienie karty DILO),
- zalecanych szczepień ochronnych (w tym przeciwko grypie oraz pneumokokom),
- kwalifikacji do porad edukacyjnych i specjalistycznych (psycholog, dietetyk).

Integralną częścią badania bilansowego (dla statusów 2, 3, 4) jest również **edukacja pacjenta** w obszarach związanych z rozpoznanymi behawioralnymi czynnikami ryzyka*. Podstawę do określenia zakresu wizyt edukacyjnych stanowi **IPPZ**. Pierwsza taka porada powinna odbyć się na wizycie zamykającej bilans (ale nie później niż 1 miesiąc od daty zakończenia bilansu). Dopuszcza się przeprowadzenie porady „kontrolnej po 3 miesiącach” po upływie 2,5 miesiąca, ale nie później niż 4 miesiące od daty pierwszej porady edukacyjnej. Zaleca się korzystanie z wytycznych i zaleceń Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, w których są zawarte m.in. elementy dotyczące zmiany zachowań zdrowotnych. Wizyty edukacyjne i edukacyjne kontrolne mają swój odpowiednik na wzór kwestionariusza bilansowego.

** czynniki ryzyka związane być mogą z: zachowaniami żywieniowymi, statusem nikotynowym, statusem alkoholowym, statusem aktywności fizycznej, statusem przestrzegania zaleceń terapeutycznych ze szczególnym naciskiem na elementy wskazane w IPPZ.*

W ramach dalszego postępowania „po bilansie” dostępne w katalogu świadczeń POZ PLUS są specjalistyczne wizyty edukacyjne:

- **psychologiczna** – to cykl maksymalnie 3 porad jednostkowych w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia, tj. od zakwalifikowania pacjenta w oparciu o wywiad w części dot. samopoczucia psychicznego, który ewentualnie powinien być pogłębiony o wywiad w kierunku depresji i innych zaburzeń stanu psychicznego zgodnie z wytycznymi PTP, PTMR i KLRwP¹.

Trzy wizyty mają na celu rozpoznanie i omówienie sytuacji życiowej pacjenta pod kątem zgłaszanych dolegliwości z zakresu funkcjonowania psycho-społecznego. Powinny one mieć charakter diagnozy, psychoedukacji lub poradnictwa, zależnie od sytuacji klinicznej pacjenta. Konsultacja psychologiczna może być wstępem do dalszej pracy terapeutycznej (poza programem POZ PLUS), niekiedy jednak udział w nich okazuje się wystarczający dla wypracowania rozwiązania zgłaszanej trudności (dotyczyć to będzie pacjentów z obniżonym nastrojem, nie spełniającym kryterium rozpoznania zaburzeń depresyjnych). Psycholog powinien ustalić diagnozę psychologiczną, w tym w uzasadnionych sytuacjach klinicznych przeprowadzić badanie neuropsychologiczne z wykorzystaniem adekwatnych testów oraz ustalić dalszy plan postępowania..

Jeżeli na podstawie zespołu objawów psycholog potwierdzi np. zaburzenia depresyjne powinien zaproponować pacjentowi udziału w terapii indywidualnej lub grupowej w ramach AOS i/lub poprzedzającą terapię konsultację psychiatryczną w ramach AOS.

- **dietetyczna** – to cykl 3 porad jednostkowych (2 pierwsze statystyczne, 3 rozliczeniowa) w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia, tj. od zakwalifikowania pacjenta w oparciu o wywiad i badanie fizykalne:

Wizyta pierwsza, polega na analizie dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, analizie dotychczasowego sposobu odżywiania, analizie składu ciała, opracowaniu indywidualnych zaleceń żywieniowych, w tym m.in.: zapotrzebowanie na białka, węglowodany, tłuszcze, rozkład czasowy posiłków i wyszczególniona ich kaloryczność. Opracowanie planu interwencji dietetycznej.

Wizyta druga, polega na analizie implementacji zaleconej korekty zachowań żywieniowych, w tym barier implementacji.

Wizyta trzecia, polega na ocenie skuteczności zastosowanych interwencji.

Wizyty edukacyjne specjalistyczne nie mają określonego kwestionariusza (sposób prowadzenia pacjenta pozostaje w kompetencjach odpowiednich specjalistów).

¹ „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego– Oddział Wrocławski, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dotyczące diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej”, *Family Medicine & Primary Care Review* 2017; 19(3): 1–12

KWESTIONARIUSZ BILANSOWY

(wskazówki, zalecenia)

Część A.

Sekcja „dane personalne” (pyt. 4 - 13) – weryfikacja danych, uzupełnienie i ewentualna aktualizacja na podstawie deklaracji pacjenta. Dostępne zawody wykonywane (pyt. 13):

- *Analitik*
- *Bezrobotny*
- *Emeryt/Rencista*
- *Gospodyni domowa*
- *Inżynier*
- *Kadra zarządzająca/menadżerska*
- *Kierowca zawodowy*
- *Lekarz/pracownik służby zdrowia*
- *Nauczyciel*
- *Operator*
- *Pracownik administracji publicznej*
- *Pracownik biurowy*
- *Pracownik działu finansowego*
- *Pracownik działu IT*
- *Pracownik działu obsługi klienta*
- *Pracownik działu sprzedaży*
- *Pracownik fizyczny*
- *Pracownik techniczny*
- *Prawnik*
- *Przedsiębiorca/Samozatrudniony*
- *Przedstawiciel handlowy*
- *Rolnik*
- *Służby mundurowe*
- *Sportowiec*
- *Student/Uczeń*
- *Inny*

Sekcja „ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej i samopoczucia psychicznego” (pyt. 14 - 17) – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

Za odpowiednią aktywność fizyczną uznaje się, co najmniej:

≥ 150 min/tydzień umiarkowanego, tlenowego wysiłku fizycznego (30 min przez 5 dni w tygodniu)

i/lub

75 min/tydzień energicznego, tlenowego wysiłku fizycznego (15 min przez 5 dni/tydzień)

Sekcja „wywiad rodzinny” (pyt. 18 - 22) – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta. Poszczególne pola są wypełnianie jedynie w przypadku istotnych z punktu widzenia pacjenta przebytych chorób u poszczególnych członków rodziny. W przypadku braku wystąpienia chorób potencjalnie obciążających pacjenta, pola winny pozostać niewypełnione, tj. nie zbieramy informacji o roku urodzenia matki, ojca itd. jeśli nie chorują/chorowali na choroby przewlekłe/nowotwory.

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/badanie podmiotowe (historia przebytych chorób pacjenta)” – 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”.

W przypadku „Uczestnictwa w programach profilaktycznych/przesiewowych” (pyt. 23 - 29) oprócz bieżącego wywiadu i deklaracji pacjenta, Koordynator powinien zweryfikować w systemie SIMP uczestnictwo danej osoby w poszczególnych programach profilaktycznych.

Sekcja „Użytki” (pyt. 30-32) – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

palenie tytoniu (pyt. 30) – interpretacja testu uzależnienia od tytoniu **wg. testu Fagerströma**

Pytania i punktacja:

- | | |
|---|---|
| 1. Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan(i) pierwszego papierosa? <ul style="list-style-type: none">• do 5 min (3 pkt)• w 6-30 min (2 pkt)• w 31-60 min (1 pkt)• po 60 min (0 pkt) | 4. Ile papierosów wypala Pan(i) w ciągu dnia?
10 lub mniej (0 pkt) <ul style="list-style-type: none">• 11-20 (1 pkt)• 21-30 (2 pkt)• 31 i więcej (3 pkt) |
| 2. Czy ma Pan(i) trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie jest to zakazane? <ul style="list-style-type: none">• tak (1 pkt)• nie (0 pkt) | 5. Czy częściej pali Pan(i) papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia? <ul style="list-style-type: none">• tak (1 pkt)• nie (0 pkt) |
| 3. Z którego papierosa jest Panu(i) najtrudniej zrezygnować? <ul style="list-style-type: none">• z pierwszego rano (1 pkt)• z każdego następnego (0 pkt) | 6. Czy pali Pan(i) papierosy nawet wtedy, gdy jest Pan(Pani) tak chory/a, że musi leżeć w łóżku? <ul style="list-style-type: none">• tak (1 pkt)• nie (0 pkt) |

Interpretacja testu:

liczba punktów 0-3 - niski stopień uzależnienia
liczba punktów 4-6 - średni stopień uzależnienia
liczba punktów 7-10 - silny stopień uzależnienia

spożycie alkoholu (pyt. 31) – interpretacja testu uzależnienia od alkoholu wg. testu **AUDIT-C**

Pytania i punktacja:

- | | |
|--|--|
| <p>1. Jak często pije Pan(i) napoje zawierające alkohol?</p> <ul style="list-style-type: none">• 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) <p>2. Ile porcji alkoholu wypija Pan(i) przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?</p> <ul style="list-style-type: none">• 1-2 (0 pkt)• 3-4 (1 pkt) | <ul style="list-style-type: none">• 5-6 (2 pkt)• 7-9 (3 pkt)• 10 lub więcej (4 pkt) <p>3. Jak często wypija Pan(i) sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:

Małe piwo (330 ml) = 1,19 porcji

Duże piwo (500 ml) = 1,8 porcji

Kieliszek wina (175 ml) = 1,68 porcji

Wódka (50 ml) = 1,6 porcji

Interpretacja testu:

Kobiety:

- 0-2 pkt – w normie
- 3-6 pkt – picie szkodliwe
- 7-13 pkt – uzależnienie

Mężczyźni:

- 0-4 pkt – w normie
- 5-8 pkt – picie szkodliwe
- 9-13 pkt – uzależnienie

Sekcja „Leczenie poza POZ” (pyt. 33-36) – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta i/lub dostarczonej przez niego dokumentacji.

Sekcja „Farmakoterapia” (pyt. 37-38) – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta i/lub dostarczonej przez niego dokumentacji, np. opakowań aktualnie zażywanych leków.

Sekcja „Inne” (pyt. 39-40) – w przypadku informacji o szczepieniach ochronnych – weryfikacja danych z karty pacjenta oraz odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

Sekcja „Zgłaszane dolegliwości” (pyt. 41) - 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, zał. „1-2. Opis-uzasadnienie_bilansów_i_wizyt”).

Sekcja „Pomiary antropometryczne i parametry życiowe” (pyt. 42 - 47) – pomiary wykonać może pielęgniarka przed wizytą u lekarza (wyniki muszą zostać naniesione w kwestionariuszu):

- Masa ciała (pyt. 42) 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 skierowanym przed siebie. Pomiarów nie należy zaokrąglać, należy odczytać z dokładnością do 0.1 kg.
- Wysokość ciała (pyt. 43) dokonywana po pomiarze masy ciała, bez obuwia, w pozycji swobodnie wyprostowanej. Kończyny dolne wyprostowane, złączone, stopy złączone piętami, palce lekko rozwarte. 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 odczytać z dokładnością do 1 mm.
- Wskaźnik masy ciała BMI (pyt. 44) zostanie wyliczony w oparciu o poniższy wzór:

Interpretacja wyników BMI:

17 - 18.49 – niedowaga
18.5 - 24.99 – wartość prawidłowa
25 - 29.99 – nadwaga
30 - 34.99 – I stopień otyłości
35 - 39.99 – II stopień otyłości
powyżej 40 – otyłość skrajna

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

- Ciśnienie tętnicze - BP (pyt. 45 i 46) oraz tętno (pyt. 47) powinno być mierzone zgodnie z wytycznymi Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w nadciśnieniu tętniczym². Należy pozwolić pacjentom na odpoczynek w pozycji siedzącej przez 3–5 min przed rozpoczęciem pomiarów BP i 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. U pacjentów z zaburzeniami rytmu serca, takimi jak migotanie przedsionków dokonywać powtarzanych pomiarów BP w celu zwiększenia dokładności.

² „Wytyczne ESC dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej w 2016 roku”, Szósta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych towarzystw naukowych ds. prewencji sercowo-naczyniowej w praktyce klinicznej (złożona z przedstawicieli 10 towarzystw i zaproszonych ekspertów), *Kardiologia Polska* 2016; 74, 9: 821–936

Posługiwać się należy 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. Mankiet zakładać na wysokości serca niezależnie od pozycji ciała pacjenta.

W przypadku zastosowania **metody osłuchowej**, 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.

Ciśnienie mierzymy 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.

Interpretacja wyników pomiarów ciśnienia *:

1. skurczowe < 120 i rozkurczowe < 80 – ciśnienie optymalne
2. skurczowe 120-129 i/lub rozkurczowe 80-84 – ciśnienie prawidłowe
3. skurczowe 130-139 i/lub rozkurczowe 85-89 – ciśnienie wysokie prawidłowe
4. skurczowe 140-159 i/lub rozkurczowe 90-99 – nadciśnienie 1 stopnia (łagodne)
5. skurczowe 160-179 i/lub rozkurczowe 100-109 – nadciśnienie 2 stopnia (umiarkowane)
6. skurczowe ≥ 180 i/lub rozkurczowe ≥ 110 – nadciśnienie 3 stopnia (ciężkie)
7. skurczowe ≥ 140 i rozkurczowe < 90 – nadciśnienie izolowane skurczowe

** Jeżeli obie wartości ciśnienia (skurczowe i rozkurczowe) wpasowują się dokładnie w dane przedziały to definicja odpowiada danej pozycji z listy powyżej.*

Jeżeli wynik ciśnienia pasuje do więcej niż jednej pozycji, to należy ocenić odrębnie ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, a następnie z tych 2 wyników wybrać tą „bardziej nieprawidłową” wg skali stopniowanej.

W aplikacji centralnej Ap-pkuś średni wynik ciśnienia wraz z właściwą interpretacją wylicza się automatycznie.

Interpretacja wyników pomiarów tętna:

- < 60 uderzeń na minutę – bradykardia (wolna czynność serca)
- 60 – 100 uderzeń na minutę – wynik w normie
- > 100 uderzeń na minutę – tachykardia (przyspieszona czynność serca)

Sekcja „Ocena samopoczucia psychicznego” (pyt. 48-50) – odpowiedzi na podstawie deklaracji pacjenta.

Odpowiedzi na pytania	Interpretacja
48 i/lub 49 = "TAK" i 50 = "TAK"	Wysokie prawdopodobieństwo zaburzeń depresyjnych wymaga pogłębionego wywiadu i konsultacji specjalistycznej.*
48 lub 49 = "TAK" i 50 = "NIE"	Prawdopodobieństwo zaburzeń depresyjnych wymaga pogłębionego wywiadu i konsultacji specjalistycznej.*
48 i 49 = "NIE" i 50 = "TAK"	Na podstawie wstępnego wywiadu nie stwierdzono podstaw do podejrzenia zaburzeń depresyjnych. Możliwe inne potrzeby psychologiczne.
48, 49 i 50 = "NIE"	Na podstawie wstępnego wywiadu nie stwierdzono podstaw do podejrzenia zaburzeń depresyjnych lub innych zaburzeń o podłożu psychicznym.

*Należy przeprowadzić dokładny wywiad w kierunku depresji i innych zaburzeń stanu psychicznego zgodnie z wytycznymi PTP, PTMR i KLRwP (dot. Zaburzeń depresyjnych dla POZ)³.

Sekcja „Badanie fizykalne (przedmiotowe)” – Podczas wizyty lekarskiej 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. 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, żylaków. W przypadku odmowy badania przez pacjenta w polu „Uwagi” należy wpisać „odmowa”.

³ „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego– Oddział Wrocławski, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dotyczące diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej”, *Family Medicine & Primary Care Review* 2017; 19(3): 1–12

Część B

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).

Sekcja „Wynik złeczonego badania” – należy wpisać informację o kategorii wyniku: „prawidłowy” lub „nieprawidłowy”. W aplikacji centralnej/lokalnej badania do których pacjent nie był zakwalifikowany, powinny być nieaktywne do wypełnienia.

Podsumowanie bilansu

Podejrzenie ICD-10, należy wpisać jeśli dotyczy

Rozpoznanie ICD-10, należy wpisać jeśli dotyczy

wynik SCORE – ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wyliczana na podstawie algorytmu SCORE (w aplikacji centralnej po wpisaniu wartości cholesterolu całkowitego (mmol/l) wynik SCORE wylicza się automatycznie. W pozostałych przypadkach wynik należy odczytać z Tablicy.

Sekcja „status zdrowotny” – pacjent jest klasyfikowany do jednej z czterech kategorii, w zależności od wyniku badania bilansowego.

Sekcja „Dalsze postępowanie” – należy zaznaczyć kategorie mające zastosowanie.

Sekcja „Uwagi” – w sekcji uwagi, należy wpisać wszystkie informacje dotyczące dalszego postępowania lub mające znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.