

KWESTIONARIUSZ BILANSU ZDROWIA OSOBY DOROSŁEJ

powyżej 60 r. ż

DANE PACJENTA

Imię Nazwisko

Pesel.....

DANE PODSTAWOWE

1. Dane antropometryczne

1.1. Wzrost (cm) 1.2. Masa ciała (kg) 1.3. BMI (kg/m²) (wyliczane)

2. Wywiad środowiskowy

2.1. Wykształcenie

☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Zawodowe, średnie ☐ Wyższe

2.2. Czy mieszkasz sam/a?

☐ Tak ☐ Nie

WYWIAD RODZINNY

3. Choroby przewlekłe w rodzinie

Czy u ojca rozpoznano przed 55. rokiem życia:

3.1. Udar mózgu

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

3.2. Zawał serca

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Czy u matki rozpoznano przed 65. rokiem życia:

3.3. Udar mózgu

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

3.4. Zawał serca

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

3. Nowotwory złośliwe w rodzinie

4.1. Czy występowały w rodzinie (u rodziców, dzieci, rodzeństwa) nowotwory złośliwe?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

(Jeśli Tak → pytania pogłębione)

4.2. Rak piersi

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.3. Rak jajnika

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.4. Rak trzonu macicy

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.5. Rak jelita grubego lub odbytnicy

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.6. Rak żołądka

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.7. Rak nerki

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

STYL ŻYCIA

5. Nawyki żywieniowe

5.1. Czy pijesz min. 1,5 litra wody lub innych płynów (z wyłączeniem słodkich napojów) dziennie?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

5.2. Czy ograniczasz spożycie tłuszczów zwierzęcych (np. masło, smalec) i zastępujesz je naturalnymi tłuszczami roślinnymi (np. olej rzepakowy, oliwa z oliwek)?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

5.3. Czy ograniczasz spożycie soli do 5 gramów dziennie (jedna płaska łyżeczka)?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

5.4. Czy codziennie jesz warzywa i/lub owoce (z wyłączeniem ziemniaków)^a?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

6. Aktywność fizyczna

6.1. Czy w tygodniu wykonujesz co najmniej 150 minut wysiłku umiarkowanego lub co najmniej 75 minut wysiłku intensywnego^b?

- ☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

7. Spożywanie alkoholu

7.1. Czy spożywasz napoje alkoholowe w jakiegokolwiek postaci?

- ☐ Tak ☐ Nie

(Jeśli Tak → pytania pogłębione - AUDIT-C)

Audit-c

7.2. Jak często pijesz napoje zawierające alkohol?

- ☐ Raz w miesiącu lub rzadziej ☐ 2-4 razy w miesiącu ☐ 2-3 razy w tygodniu ☐ Częściej niż 4 razy w tygodniu

7.3. Ile porcji alkoholuc wypijasz przeciętnie?

- ☐ 1-2 porcje ☐ 3-4 porcje ☐ 5-6 porcji ☐ 7-9 porcji ☐ 10 lub więcej

7.4. Jak często wypijasz 6 lub więcej porcji^c przy jednej okazji?

- ☐ Nigdy ☐ Rzadziej niż raz w miesiącu ☐ Raz w miesiącu ☐ Raz w tygodniu ☐ Codziennie lub prawie codziennie

8. Palenie tytoniu lub używanie innych wyrobów zawierających nikotynę

8.1. Czy aktualnie palisz papierosy lub używasz wyrobów zawierających nikotynę?

- ☐ Tak, papierosy ☐ Tak, tytoń podgrzewany ☐ Tak, liquid ☐ Nie

(Jeśli Tak, papierosy lub Tak, tytoń podgrzewany → pytania pogłębione)

8.2. Ile miałeś/aś lat, gdy rozpoczęłeś/aś palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych?

Indeks ciężkości palenia (hsi – heaviness of smoking index)

8.3. Kiedy po obudzeniu wypalasz pierwszego papierosa lub inny wyrób tytoniowy?

- ☐ Krócej niż 5 minut ☐ 5-30 minut ☐ 30-60 minut ☐ Dłużej niż 60 minut

8.4. Ile sztuk papierosów lub innych wyrobów tytoniowych wypalasz każdego dnia?

- ☐ Do 10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ Powyżej 30

8.6. Czy od momentu rzucenia palenia minęło ponad 15 lat?

- ☐ Tak ☐ Nie

8.5. Czy paliłeś/aś papierosy lub inne wyroby tytoniowe w przeszłości?

- ☐ Tak ☐ Nie

(Jeśli Tak → pytanie pogłębione)

8.7. Czy w twojej obecności w domu lub/i pracy pali się papierosy lub inne wyroby tytoniowe?

- ☐ Tak ☐ Nie

CZYNNIKI RYZYKA CHOROBY WIRUSOWEJ WĄTROBY

9. Czy było u ciebie podejrzenie lub rozpoznanie jakiegokolwiek choroby wątroby?

- ☐ Tak ☐ Nie

10. Czy byłeś/aś leczony/a w szpitalu co najmniej 3 razy?

- ☐ Tak ☐ Nie

11. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany zabieg operacyjny lub badanie endoskopowe?

- ☐ Tak ☐ Nie

12. Czy miałeś/aś przetaczaną krew lub produkty krwiopochodne przed rokiem 1992?

- ☐ Tak ☐ Nie

13. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany tatuaż lub piercing, albo inne zabiegi z naruszeniem ciągłości skóry?

- ☐ Tak ☐ Nie

ZDROWIE PSYCHICZNE

Depresja – PHQ-2

14. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Ciebie następujące problemy?

14.1. Zaniepokojenie z powodu swojego przygnębienia, depresyjnego nastroju lub poczucia beznadziei?

☐ Tak* ☐ Nie

14.2. Odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności?

☐ Tak* ☐ Nie

* Jeśli 2 odpowiedzi Tak → przejdź do PHQ-9

PHQ-9

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni odczuwałeś/aś następujące problemy?

14.3. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.4. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.5. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany albo zbyt długi sen?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.6. Uczucie zmęczenia lub brak energii?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.7. Brak apetytu lub przejadanie się?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.8. Poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jesteś do niczego albo że zawiodłeś/aś siebie lub rodzinę?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.9. Problemy ze skupieniem się, np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.10. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie - niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

14.11. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy?

☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

OCENA FUNKCJI POZNAWCZYCH

Ocena funkcji poznawczych

15. Czy zaobserwowałeś (lub Twój bliscy to zauważyli), że masz problem z zapamiętywaniem i/lub przypomnieniem sobie powszechnie znanych nazw lub zwyczajowo używanych słów?

☐ Tak** ☐ Nie

16. Czy zaobserwowałeś (lub Twój bliscy to zauważyli), że masz problem z planowaniem i realizacją aktywności zawodowych lub czynności dnia codziennego (np. robienie zakupów, sprząatanie, przygotowywanie posiłków, opłacanie rachunków)?

☐ Tak** ☐ Nie

17. Czy zaobserwowałeś (lub Twój bliscy to zauważyli), że zdarza Ci się być zdezorientowanym co do miejsca i czasu (niewłaściwe określenie miejsca, w którym się znajdujesz lub nieznajomość aktualnej pełnej daty dnia - dzień, miesiąc, rok)?

☐ Tak** ☐ Nie

**** Jeśli co najmniej jedna odpowiedź Tak → wykonaj mini-COG podczas wizyty podsumowującej**



^a Przykłady porcji warzyw i owoców:

- średniej wielkości owoc (np. jabłko) lub kilka mniejszych sztuk (np. truskawki, czereśnie)
- średniej wielkości warzywo (np. marchewka)
- około pół szklanki surówki lub sałatki
- szklanka soku



^b Definicja rodzaju aktywności fizycznej wraz z przykładami:

- aktywność umiarkowana, tj. prowadząca do niewielkiego przyspieszenia oddechu i bicia serca (np. noszenie ciężarów <20kg, jazda rowerem w normalnym tempie, szybki marsz, taniec)
- aktywność intensywna, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. wchodzenie pod górę, noszenie ciężarów >20kg, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, jazda rowerem lub pływanie, piłka nożna, siatkówka i inne gry zespołowe)
- 10 minut aktywności intensywnej odpowiada 20 minutom aktywności umiarkowanej



^c Jedna porcja to 10 gramów 100% alkoholu, którą zawiera:

- szklanka piwa o mocy 5% (250 ml)
- kieliszek wina o mocy 12% (100 ml)
- kieliszek wódki o mocy 40% (30 ml)
- napój alkoholowy o mocy 18% (75 ml) - mocniejsze wina, nalewki



1 porcja alkoholu to:

Szklanka piwa
o mocy 5% (250 ml)

Kieliszek wina
o mocy 12% (100ml)

Kieliszek wódki
o mocy 40% (30 ml)

Napój alkoholowy
18% (75 ml) – mocniejsze
wino, nalewki