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 jakiejkolwiek 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 rozpocząłeś/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

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

○ Tak ○ Nie

(Jeśli Tak → pytanie pogłębione)

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

○ Tak ○ Nie

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 jakiejkolwiek 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 zainteresowane 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 Twoi 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 Twoi bliscy to zauważyli), że masz problem z planowaniem i realizacją aktywności zawodowych lub czynności dnia codziennego (np. robienie zakupów, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, opłacanie rachunków)?

○ Tak** ○ Nie

17. Czy zaobserwowałeś (lub Twoi 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	Kieliszek wina	Kieliszek wódki	Napój alkoholowy
o mocy 5% (250 ml)	o mocy 12% (100ml)	o mocy 40% (30 ml)	18% (75 ml) – mocniejsze wino, nalewki