

II. CZĘŚĆ WŁAŚCIWA ANKIETY

1. Czy był/a Pan/Pani w przeszłości poddawana badaniu ankietowemu pielęgniarki poz w Programie profilaktyki gruźlicy? TAK , NIE
jeśli TAK, to ile lat temu ostatni raz? i czy w efekcie badania skierowano Pana/Panią do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza poz, do którego Pan/Pani jest zadeklarowana/y?
TAK , NIE
2. Jakie są Pana/Pani warunki mieszkaniowe?
- a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (> 4 osób na 1 pokój) TAK , NIE
- b) jestem osobą bezdomną TAK , NIE
- c) jestem pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej TAK , NIE
3. Czy mieszkający z Panem/Panią, czy też przebywający w Pana/Pani otoczeniu chorują/chorowali na gruźlicę? TAK , NIE
4. Czy jest Pan/Pani osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi? TAK , NIE
5. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu cukrzycy? TAK , NIE
6. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek? TAK , NIE
7. Czy określiliby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAK , NIE
8. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAK , NIE
9. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK , NIE
10. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAK , NIE
11. Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAK , NIE
12. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:
- a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAK , NIE
- b) krwiotłucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAK , NIE
- c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAK , NIE
- d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAK , NIE
13. Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAK , NIE

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....
data i podpis świadczeniobiorcy

LEGENDA:

ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 2c, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12d, 13, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 1 PKT,

ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 2a, 2b, 3, 7, 12a, 12b, 12c, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 2 PKT.

LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

24 -10 podwyższone

9 - 1 umiarkowane

Wynik oceny na podstawie ankiety

U pacjenta stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowania na gruźlicę (uzyskał > 9 punktów) i został skierowany celem dalszej oceny stanu zdrowia do lekarza poz, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje.

(adres Poradni)

TAK | _ | ,

NIE | _ |

.....

data, pieczętka i podpis pielęgniarki poz