KWESTIONARIUSZ BILANSU ZDROWIA OSOBY DOROSŁEJ

POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYNY RODZINNEJ

(PO LEWEJ STRONIE - PYTANIA DLA KAŻDEGO PACJENTA) (PO PRAWEJ STRONIE - PYTANIA WARUNKOWE)

Dane pacjenta

Imię		
Nazwisko		
Pesel		

Dane podstawowe

1. DANE ANTROPOMETRYCZNE		
1.1. WZROST (cm)		
1.2. MASA CIAŁA (kg)		
1.3. BMI (kg/m^2) *(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	

4. 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		**AUDIT-C**	
7.1. Czy spożywasz napoje alkoholowe w jakiejkolwiek postaci?	☐ Tak ☐ Nie (Jeśli *Tak* → pytania pogłębione - 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 alkoholu[c] 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

<table>
<tr><th colspan="4">8. PALENIE TYTONIU LUB UŻYWANIE INNYCH WYROBÓW ZAWIERAJĄCYCH NIKOTYNĘ</th></tr>
<tr><td rowspan="4">8.1. Czy aktualnie palisz papierosy lub używasz wyrobów zawierających nikotynę?</td><td rowspan="4">☐ Tak, papierosy
☐ Tak, tytoń podgrzewany
☐ Tak, liquid
☐ Nie
(Jeśli Tak, papierosy lub Tak, tytoń podgrzewany → pytania pogłębione)</td><td>8.2. Ile miałeś/aś lat, gdy rozpocząłeś/aś palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych?</td><td>_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">Indeks Ciężkości Palenia
(HSI – Heaviness of Smoking Index)</td></tr>
<tr><td>8.3. Kiedy po obudzeniu wypalasz pierwszego papierosa lub inny wyrób tytoniowy?</td><td>☐ Krócej niż 5 minut
☐ 5-30 minut
☐ 30-60 minut
☐ Dłużej niż 60 minut</td></tr>
<tr><td>8.4. Ile sztuk papierosów lub innych wyrobów tytoniowych wypalasz każdego dnia?</td><td>☐ Do 10
☐ 11-20
☐ 21-30
☐ Powyżej 30</td></tr>
<tr><td>8.5. Czy paliłeś/aś papierosy lub inne wyroby tytoniowe w przeszłości?</td><td>☐ Tak ☐ Nie
(Jeśli Tak → pytanie pogłębione)</td><td>8.6. Czy od momentu rzucenia palenia minęło ponad 15 lat?</td><td>☐ Tak ☐ Nie</td></tr>
<tr><td>8.7. Czy w twojej obecności w domu lub/i pracy pali się papierosy lub inne wyroby tytoniowe?</td><td>☐ Tak ☐ Nie</td><td></td><td></td></tr>
</table>

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		**PHQ-9**	
14. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Ciebie następujące problemy?		Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni odczuwałeś/aś następujące problemy?	
14.1. Zaniepokojenie z powodu swojego przygnębienia, depresyjnego nastroju lub poczucia beznadziei?	☐ Tak* ☐ Nie	14.3. Niewielkie zainteresowane lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie
14.2. Odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności?	☐ Tak* ☐ Nie	14.4. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie
* Jeśli 2 odpowiedzi *Tak* → przejdź do PHQ-9		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

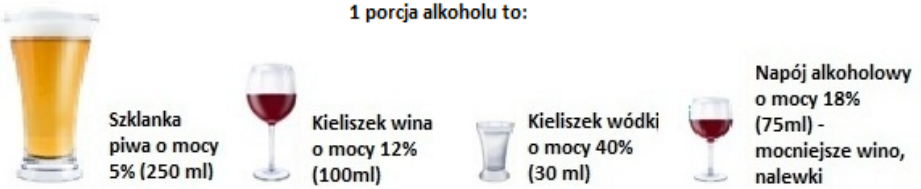
	14.8. Poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jesteś do niczego albo że zawiodłeś/aś siebie lub rodzinę?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie
	14.9. Problemy ze skupieniem się, np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ 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

[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