

II. CZĘŚĆ WŁAŚCIWA ANKIETY

1. Czy był/a Pan/Pani w przeszłości poddawana badaniu ankietowemu świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy przez pielęgniarkę poz?
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 określiłby 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 przeze mnie danych dla potrzeb realizacji świadczeń profilaktyki gruźlicy

.....
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