

....., dnia.....

Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie
ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów

**ANKIETA ŚWIADCZENIOBIORCY
W PROFILAKTYCE GRUŹLICY
(wypełnia pielęgniarka POZ)**

Uwaga!

Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia gruźlicą płuc oraz skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej.

Proszę odpowiedź na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

Dane Świadczeniobiorcy:

Nazwisko:

Imię:

Płeć: K-kobieta M-mężczyzna

Wiek:

PESEL:

Tel. Kontaktowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Poczta:

Ulica:

Nr lokalu:

Nr mieszkania:

Wykonywany zawód:

I KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z REALIZACJI ŚWIADCZENIA

(odpowiedź TAK nie pozwala na wykonanie badania ankietowego)

1. Czy miał/-a Pan/-ni w przeszłości rozpoznaną gruźlicę?
 - TAK
 - NIE
2. Czy w okresie ostatnich 24 miesięcy pielęgniarka POZ wykonywała u Pana/-ni badania ankietowe świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy?
 - TAK
 - NIE

.....
Data i Podpis świadczeniobiorcy

II CZĘŚĆ WŁAŚCIWA ANKIETY

1. Czy był/-a Pan/-ni w przeszłości poddawana badaniu ankietowemu świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy przez pielęgniarkę POZ?
 - TAK
 - NIEJeśli TAK, to ile lat temu ostatni raz?
- Czy w efekcie badania skierowano Pana/-nią do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza POZ, do którego Pan/-ni jest zadeklarowana/-y?
- TAK
 - NIE

2. Jakie są Pana/-ni warunki mieszkaniowe?
- a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (więcej niż 4 osoby na 1 pokój)
 - TAK
 - NIE
 - b) jestem osobą bezdomną
 - TAK
 - NIE
 - c) jestem pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej
 - TAK
 - NIE
3. Czy mieszkający z Panem/-nią bądź przebywający w Pana/-ni otoczeniu chorowali na gruźlicę?
- TAK
 - NIE
4. Czy jest Pan/-ni osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi?
- TAK
 - NIE
5. Czy jest Pan/-ni osobą leczącą się z powodu cukrzycy?
- TAK
 - NIE
6. Czy jest Pan/-ni osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek?
- TAK
 - NIE
7. Czy określiłby Pan/-ni swój stan odżywiania jako niedożywienie?
- TAK
 - NIE
8. Czy leczy się Pan/-ni z powodu chorób krwi?
- TAK
 - NIE
9. Czy pali Pan/-ni papierosy?
- TAK
 - NIE
10. Czy nadużywa Pan/-ni alkoholu?
- TAK
 - NIE
11. Czy jest Pan/-ni uzależniony/-na od narkotyków?
- TAK
 - NIE
12. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/-ni następujące dolegliwości?
- a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie)
 - TAK
 - NIE
 - b) krwiotłucie, duszność, osłabienie, stanu podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel
 - TAK
 - NIE
 - c) nawracające zakażenie układu oddechowego
 - TAK
 - NIE
 - d) Nastąpiła utrata wagi ciała (więcej niż 6 kg w ciągu miesiąca)
 - TAK
 - NIE

13. Czy przyjmuje Pan/-ni 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, 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-y
- Liczba punktów uzyskanych przez Świadczeniobiorcę:

Skala punktowa:

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 więcej niż 9 pkt) 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