



## 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, pieczęć i podpis pielęgniarki poz