



(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) <i>(wyliczone)</i>		

2. WYWIAD ŚRODOWISKOWY

2.1. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zawodowe, średnie <input type="checkbox"/> Wyższe	
2.2. Czy mieszkasz sam/a?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

Wywiad rodzinny

3. CHOROBY PRZEWLEKŁE W RODZINIE			
Czy u ojca rozpoznano przed 55. rokiem życia:			
3.1. Udar mózgu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		
3.2. Zawał serca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		
Czy u matki rozpoznano przed 65. rokiem życia:			
3.3. Udar mózgu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		
3.4. Zawał serca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		
4. NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W RODZINIE			
4.1. Czy występowały w rodzinie (u rodziców, dzieci, rodzeństwa) nowotwory złośliwe?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem (Jeśli <i>Tak</i> → pytania pogłębione)	4.2. Rak piersi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
		4.3. Rak jajnika	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
		4.4. Rak trzonu macicy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
		4.5. Rak jelita grubego lub odbytnicy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
		4.6. Rak żołądka	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
		4.7. Rak nerki	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem

Styl życia

5. NAWYKI ŻYWIENIOWE		
5.1. Czy pijesz min. 1,5 litra wody lub innych płynów (z wyłączeniem słodkich napojów) dziennie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć	
5.2. Czy ograniczasz spożycie tłuszczów zwierzęcych (np. masło, smalec) i zastępujesz je naturalnymi tłuszczami roślinnymi (np. olej rzepakowy, oliwa z oliwek)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć	
5.3. Czy ograniczasz spożycie soli do 5 gramów dziennie (jedna płaska łyżeczka)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć	
5.4. Czy codziennie jesz warzywa i/lub owoce (z wyłączeniem ziemniaków) ^a ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć	

7. SPOŻYWANIE ALKOHOLU		AUDIT-C	
7.1. Czy spożywasz napoje alkoholowe w jakiegokolwiek postaci?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli <i>Tak</i> → pytania pogłębione - AUDIT-C)	7.2. Jak często pijesz napoje zawierające alkohol?	<input type="checkbox"/> Raz w miesiącu lub rzadziej <input type="checkbox"/> 2-4 razy w miesiącu <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Częściej niż 4 razy w tygodniu
		7.3. Ile porcji alkoholu ^c wypijasz przeciętnie?	<input type="checkbox"/> 1-2 porcje <input type="checkbox"/> 3-4 porcje <input type="checkbox"/> 5-6 porcji <input type="checkbox"/> 7-9 porcji <input type="checkbox"/> 10 lub więcej
		7.4. Jak często wypijasz 6 lub więcej porcji ^c przy jednej okazji?	<input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> Rzadziej niż raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Codziennie lub prawie codziennie

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

Czynniki ryzyka choroby wirusowej wątroby

9. Czy było u Ciebie podejrzenie lub rozpoznanie jakiegokolwiek choroby wątroby?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
10. Czy byłeś/aś leczony/a w szpitalu co najmniej 3 razy?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
11. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany zabieg operacyjny lub badanie endoskopowe?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
12. Czy miałeś/aś przetaczaną krew lub produkty krwiopochodne przed rokiem 1992?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
13. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany tatuaż lub piercing, albo inne zabiegi z naruszeniem ciągłości skóry?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie	14.3. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności?	<input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie
14.2. Odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności?	<input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie	14.4. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?	<input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie
* Jeśli 2 odpowiedzi <i>Tak</i> → przejdź do PHQ-9		14.5. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany albo zbyt długi sen?	<input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie
		14.6. Uczucie zmęczenia lub brak energii?	<input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie
		14.7. Brak apetytu lub przejadanie się?	<input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie

	<p>14.8. Poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jesteś do niczego albo że zawiodłeś/aś siebie lub rodzinę?</p>	<p><input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie</p>
	<p>14.9. Problemy ze skupieniem się, np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji?</p>	<p><input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie</p>
	<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie</p>
	<p>14.11. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy?</p>	<p><input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały <input type="checkbox"/> Kilka dni <input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni <input type="checkbox"/> Niemal codziennie</p>

Ocena funkcji poznawczych

Ocena funkcji poznawczych	
15. Czy zaobserwowałeś (lub Twoi bliscy to zauważyli), że masz problem z zapamiętywaniem i/lub przypomnieniem sobie powszechnie znanych nazw lub zwyczajowo używanych słów?	<input type="checkbox"/> Tak** <input type="checkbox"/> Nie
16. Czy zaobserwowałeś (lub Twoi bliscy to zauważyli), że masz problem z planowaniem i realizacją aktywności zawodowych lub czynności dnia codziennego (np. robienie zakupów, sprząatanie, przygotowywanie posiłków, opłacanie rachunków)?	<input type="checkbox"/> Tak** <input type="checkbox"/> Nie
17. Czy zaobserwowałeś (lub Twoi bliscy to zauważyli), że zdarza Ci się być dezorientowanym co do miejsca i czasu (niewłaściwe określenie miejsca, w którym się znajdujesz lub nieznaną aktualną pełną datę dnia - dzień, miesiąc, rok)?	<input type="checkbox"/> Tak** <input type="checkbox"/> Nie
** Jeśli co najmniej jedna odpowiedź <i>Tak</i> → wykonaj mini-COG podczas wizyty podsumowującej	

^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

