



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