



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

## Dane uczestnika

Imię ..... Nazwisko ..... PESEL .....

Telefon ..... E-mail .....

### **Ankieta medyczna (wypełnia pacjent) - zaznacz kółkiem swoją odpowiedź**

#### **Moduł kardiologiczny**

Czy pozostaje Pan/Pani pod stałą opieką Poradni kardiologicznej/lekarza kardiologa w ramach NFZ?  
**Tak/Nie**

Proszę zaznaczyć, które z czynników ryzyka sercowo-naczyniowego występują u Pani/Pana. Można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź:

Cukrzyca **Tak/Nie/Nie wiem**

Nadciśnienie tętnicze **Tak/Nie/Nie wiem**

Inne choroby serca lub układu krążenia **Tak/Nie/Nie wiem**

#### **Moduł genetyczny w kardiologii – kwalifikacja do badań w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej oraz w kierunku zakrzepicy**

##### **Hipercholesterolemia rodzinna**

Czy pozostaje Pan/Pani pod stałą opieką Poradni Hipercholesterolemii Rodzinnej w ramach NFZ?  
**Tak/Nie**

1. Czy stwierdzono u Pana/Pani kiedykolwiek poziom cholesterolu całkowitego **powyżej 350 mg%** lub poziom cholesterolu LDL powyżej **190 mg/dl**? **Tak/Nie/Nie wiem**
2. Czy wystąpił u Pana/Pani w najbliższej rodzinie wystąpił epizod choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu lub objawy miażdżycy tętnic u mężczyzn przed 55. rokiem życia lub u kobiet przed 60. rokiem życia? **Tak/Nie/Nie wiem**
3. Czy występowały u Pana/Pani w najbliższej rodzinie przypadki hipercholesterolemii?  
**Tak/Nie/Nie wiem**
4. Czy u Pana/Pani w najbliższej rodzinie występują przypadki wysokiego poziomu cholesterolu?  
**Tak/Nie/Nie wiem**
5. Czy u Pana/Pani w rodzinie (u mężczyzn przed 55 r.ż lub kobiet przed 60 r.ż)
  - powtarzają się przypadki występowania przedwczesnej choroby wieńcowej? **Tak/Nie/Nie wiem**
  - od kilku pokoleń występują przedwczesne nagłe zgony? **Tak/Nie/Nie wiem**

##### **Zakrzepica**

Czy pozostaje Pan/Pani pod stałą opieką Poradni Zaburzeń Krzepnięcia Krwi w ramach NFZ? **Tak/Nie**



6. Czy został u Pana/Pani kiedykolwiek stwierdzony incydent zakrzepowo-zatorowy przed 50 r.ż?  
**Tak/Nie**
7. Czy w Pana/Pani rodzinie występowały przypadki osób z chorobą zakrzepowo-zatorową? **Tak/Nie/Nie wiem**
8. Czy w Pani przypadku doszło do 2 lub więcej poronień? **Tak/Nie/Nie dotyczy**
9. Czy w Pana/Pani rodzinie stwierdzono nosicielstwo mutacji dla trombofilii wrodzonej?  
**Tak/Nie/Nie wiem**
10. Czy został u Pana/Pani kiedykolwiek stwierdzony incydent zakrzepowo-zatorowy po 50 r.ż?  
**Tak/Nie/Nie dotyczy**

### **Moduł pulmonologiczny**

Czy pozostaje Pan/Pani pod stałą opieką Poradni Pulmonologicznej/lekarza pulmonologa w ramach NFZ? **Tak/Nie**

Czy miał/a Pan/Pani w przeciągu ostatnich 3-mcy wykonywane badanie TK klatki piersiowej/płuc (tomografia komputerowa)? **Tak/Nie**

1. Czy jest Pan/Pani osobą:
  - w wieku 55-74 lata **Tak/Nie**
  - z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczolat\*\***Tak/Nie**
  - palącą obecnie lub z okresem absencji tytoniowej krótszym (lub równym) 15 lat?  
**Tak/Nie**
2. Czy jest Pan/Pani osobą:
  - w wieku 50-74 lat **Tak/Nie**
  - z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczolat\*\* **Tak/Nie**
  - palącą obecnie lub z okresem abstynencji tytoniowej krótszym niż 15 lat **Tak/Nie**

u której stwierdza się przynajmniej jeden z czynników ryzyka:

- ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza, ekspozycja na radon  
**Tak/Nie/Nie wiem**
- nowotwory płuc w rodzinie - rodzice, dzieci, rodzeństwo **Tak/Nie/Nie wiem**
- choroby płuc - przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), włóknienie płuc (IPF)  
**Tak/Nie/Nie wiem**
- przebyty: rak płuca, w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu (rak przetyku, rak krtani, rak jamy ustnej, rak gardła, rak płuca, rak nerki, rak pęcherza moczowego, rak trzustki, rak żołądka, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, ostra białaczka szpikowa) **Tak/Nie/Nie wiem**

\*\*Paczkolata można obliczyć poprzez pomnożenie liczby wypalanych paczek papierosów na dobę przez lata nałogu. Na przykład: jeśli paliłeś(-aś) jedną paczkę dziennie przez 20 lat, Twoja liczba paczolat wyniesie 20.

### **Moduł laryngologiczny**

Czy pozostaje Pan/Pani pod stałą opieką Poradni Laryngologicznej/lekarza laryngologa w ramach NFZ?  
**Tak/Nie**



1. Czy jest Pan/Pani wieloletnim palaczem/palaczką? **Tak/Nie**
2. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? **Tak/Nie**
3. Czy jest Pan/Pani osobą, narażoną na zakażenia wirusem HPV i HCV? **Tak/Nie/Nie wiem**
4. Czy pracuje Pan/Pani w zakładzie, w którym korzysta się z niebezpiecznych substancji lub w którym występuje nadmierne zagęszczenie pyłów? **Tak/Nie**
5. Czy występuje u Pana/Pani od ponad 3 tygodni jeden z następujących objawów (niezwiązanych z infekcją górnych dróg oddechowych):
  - pieczenie języka, niegojące się owrzodzenia oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej **Tak/Nie**
  - ból gardła **Tak/Nie**
  - guz na szyi **Tak/Nie**
  - przewlekła chrypka **Tak/Nie**
  - niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa **Tak/Nie**
  - ból w trądce oraz/lub problemy z połykaniem **Tak/Nie**

### **Moduł rehabilitacyjny**

Czy pozostaje Pan/Pani pod stałą opieką Poradni Rehabilitacyjnej/ fizjoterapeuty w ramach NFZ?  
**Tak/Nie**

1. Czy doświadczył/a Pan/Pani bólów kręgosłupa trwających dłużej niż 3 miesiące? **Tak/Nie**
2. Czy dotyczy Pana/Pani problem nietrzymania moczu o charakterze nawrotowym/przewlekłym? (termin „nietrzymanie moczu” odnosi się do jakiegokolwiek, niezależnego od woli wycieku moczu) **Tak/Nie**
3. Czy dotyczy Pana/Pani problem zaburzeń równowagi i/lub zawrotów głowy o charakterze nawrotowym/przewlekłym trwających dłużej niż 30 dni? **Tak/Nie**
4. Czy występują u Pana/Pani bóle w stawach barkowych lub kolanowych o charakterze nawrotowym/przewlekłym trwających dłużej niż 30 dni? **Tak/Nie**

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*czytelny podpis Uczestnika Projektu*