Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

# Karta badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia

**Uwaga!**
Kartę należy wypełnić drukowanymi literami, twierdzące odpowiedzi na pytania zawarte w Karcie, zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem ,,X".
W przypadkach odpowiedzi negatywnych, w pola odpowiedzi przy pytaniach należy wpisać znak ,, **–** ''.

Nazwisko: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
Imię I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
tel. kont. I_I_I_I_I_I_I_I_I_I adres e-mail ……………………………………..
PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
Miejscowość I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
Kod I_I_I-I_I_I_I Poczta I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
Ulica I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Nr lokalu I_I_I_I Nr mieszk. I_I_I_I
Zawód wykonywany / Zajęcie: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
Wykształcenie: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Data pierwszej wizyty: I_I_I_I_I-I_I_I-I_I_I Termin wizyty u lekarza: I_I_I_I_I-I_I_I-I_I_I
Data wizyty u lekarza: I_I_I_I_I-I_I_I-I_I_I

**Obciążenia rodzinne:**

1. **Czy u ojca rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u ojca wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 55 r. ż.)
   1) zawał serca I_I, jeśli tak - to w jakim wieku I_I_I,
   2) udar mózgu I_I, jeśli tak - to w jakim wieku I_I_I
2. **Czy u matki rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u matki wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 60 r. ż.)
   1) zawał serca I_I, jeśli tak - to w jakim wieku I_I_I
   2) udar mózgu I_I, jeśli tak - to w jakim wieku I_I_I
3. **Czy Pan/Pani pali papierosy?**
   1) TAK I_I, od ilu lat? I_I_I, ile m-cy? I_I_I, ile dziennie? I_I_I
4. **Czy Pan/Pani palił/ła papierosy w przeszłości?**
   1) TAK I_I, ile lat? I_I_I, ile m-cy? I_I_I, ile dziennie? I_I_I
   2) Kiedy Pan/i rzucił/a palenie, ile lat? I_I_I, ile m-cy? I_I_I
5. **Czy Pan/Pani nigdy nie palił/ła papierosów?**
   1) TAK I_I,
6. **Ile razy w tygodniu Pan/Pani wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające powyżej 30 minut?**
   1) I_I razy,
   2) Nie wykonuję ćwiczeń fizycznych I_I

**Wyniki badania fizykalnego:**
Obwód: ramię I_I_I cm, pas I_I_I_I cm
Waga: I_I_I_I,I_I_I kg
Wzrost: I_I_I_I cm

**Wynik oceny BMI:** I_I_I

**Pomiary ciśnienia tętniczego:**

1. skurczowe: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I, d) I_I_I_I średnia (b+d)/2 I_I_I_I
2. rozkurczowe: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I, d) I_I_I_I średnia (b+d)/2 I_I_I_I
3. tętno (30s x 2) a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I, d) I_I_I_I

**Wyniki badań biochemicznych:**

1. cholesterol całkowity I_I_I_I mg/dl,
2. cholesterol HDL I_I_I_I mg/dl,
3. cholesterol LDL I_I_I_I mg/dl,
4. trójglicerydy I_I_I_I mg/dl,
5. glukoza na czczo I_I_I_I mg/dl

**Ocena ryzyka chorób układu krążenia:**

1. ryzyko incydentu sercowo–naczyniowego wg algorytmu **SCORE**: I_I

## Zalecenia dla pacjenta:

1. Badanie zgodne z zalecanym interwałem - TAK I_I
2. Pacjenta skierowano na edukację - TAK I_I

…….
*dane edukatora*

3. Pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK I_I :

…….
*specjalność medyczna poradni specjalistycznej*

4. Pacjent pod kontrolą lekarza poz - TAK I_I

Ad. 2 Edukacja dotyczyła:……..

……

…….

……. …….
data i podpis przeprowadzającego edukację podpis świadczeniobiorcy

…… ……..
data badania pieczątka i podpis lekarza

Uwagi:……

……