

NOTATKI



"Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku działań dla zdrowego serca osób starszych z terenu Gminy Zbąszyń"

Zadanie publiczne jest współfinansowane ze środków Urzędu Miasta i Gminy Zbąszyń.



**ŻYJ PEŁNYM
sercem!**



Ochrona Zdrowia
Opieka i Troska
FUNDACJA

ANKIETA

**ANKIETA DLA PACJENTÓW KIEROWANYCH NA BADANIA KARDIOLOGICZNE
W RAMACH PROGRAMU "Edukacja, promocja, profilaktyka w kierunku działań
zdrowego serca osób starszych z terenu Gminy Zbąszyń"**

Wszelkie informacje

www.rcz-zbaszyn.pl



**ul. Na Kępie 3
Zbąszyń**



(68) 386 77 77





Celem ankiety jest zapoznanie wypełniających je osób z podstawowymi czynnikami ryzyka występowania choroby sercowo-naczyniowej oraz wytypowanie osób będących w grupie ryzyka do dalszych badań.

Nazwisko: Wzrost: Ciśnienie tętnicze:
 Imię: Waga: Tętno:
 Telefon: Obw. brzucha na wys. pępka: BMI:
 Wiek:
 Data urodzenia: * Wypełnia pracownik medyczny

I Czynniki ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej oraz zawału.

- 1. Choroba wieńcowa w rodzinie:**
 - u matki poniżej 65 r. ż. TAK NIE NIE WIEM
 - u ojca poniżej 55 r. ż. TAK NIE NIE WIEM
- 2. Czy pali Pan/Pani papierosy?** TAK NIE SPORADYCZNIE
 Jeśli tak, ile dziennie?
 Jeśli już Pan/Pani nie pali, proszę podać, od kiedy:
- 3. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?** TAK NIE
 Jeśli tak, czy pobiera insulinę? TAK NIE
- 4. Czy leczy się Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze?** TAK NIE
- 5. Czy choruje Pan/Pani na miażdżycę tętnic obwodowych (aorta, tętnica obw.)?** TAK NIE
- 6. Czy cierpi Pan/Pani na zaburzenia rytmu serca?** TAK NIE
- 7. Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność serca?** TAK NIE
- 8. Czy ma Pan/Pani zdiagnozowaną wadę serca?** TAK NIE
- 9. Czy cierpi Pan/Pani na kardiomiopatię?** TAK NIE
- 10. Czy przeszedł Pan/Pani udar krwotoczny?** TAK NIE
 Lub niedokrwienny? TAK NIE
- 11. Czy przeszedł/a Pan/Pani zawał ?** (data.....) TAK NIE
- 12. Czy sprawdzał/a ostatnio Pan/Pani stężenie cholesterolu z frakcjami we krwi?** TAK NIE

- 13. Czy ma Pan/Pani podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego?** TAK NIE NIE WIEM
 Jeśli tak, to ile? HDL, ile TAK NIE NIE WIEM
 HDL, ile TAK NIE NIE WIEM

- 14. Czy przyjmuje Pan/Pani leki obniżające cholesterol?** TAK NIE

II Przebyte zabiegi dotyczące serca.

- 1. Koronarografia** TAK NIE
- 2. Angioplastyka - PTCA** TAK NIE
- 3. Angioplastyka z wszczepieniem stentu/ów** TAK NIE
- 4. Operacja wszczepiania by-passów** TAK NIE
- 5. Ablacja** TAK NIE

III Dodatkowe informacje.

- 1. Aktywność fizyczna (30 min aktywności na dobę, spacer, rower, bieganie, pływanie, itp..)** BRAK CZASAMI ZAWSZE CZĘŚCIEJ
- 2. Czy posiada Pan/Pani wiedzę na temat sposobów zapobiegania rozwojowi choroby sercowo-naczyniowej?** TAK NIE
- 3. Z poniższych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych proszę wybrać wszystkie te, które uważa Pan/Pani, że miały wpływ na zły stan zdrowia .**
- wiek i płeć
 - czynniki genetyczne
 - nadwaga, otyłość
 - podwyższone stężenie lipidów we krwi (np..cholesterol)
 - podwyższony poziom cukru we krwi
 - palenie tytniu
 - niezdrowa dieta (bogata w sole tłuszcze zwierzęce)
 - brak aktywności fizycznej
 - szkodliwe spożywanie alkoholu
 - czynniki psychologiczne (np. depresja, stres, brak wsparcia, wrogość)
- 4. Czy jest Pan/Pani zainteresowany zmianą sposobu odżywiania i zwiększeniem aktywności ruchowej w celu poprawienia jakości swojego życia?** TAK NIE WIEM
- 5. Inne schorzenia:**
- 6. Inne leki:**