Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 czerwca 2022 r.

**ANKIETA ŚWIADCZENIOBIORCY W PROFILAKTYCE GRUŹLICY**
**(wypełnia pielęgniarka POZ)**

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

**Uwaga!** Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia gruźlicą płuc oraz skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej.

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X".

**Dane świadczeniobiorcy:**

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_I

Imię I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Płeć (K- kobieta, M - mężczyzna) I_I, Wiek I_I_I

PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I tel. kontaktowy 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_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_I_I

Ulica 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

Wykonywany zawód: 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. KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z REALIZACJI ŚWIADCZENIA

**(odpowiedź TAK nie pozwala na wykonanie badania ankietowego)**

1. Czy miał/a Pan/Pani w przeszłości rozpoznaną gruźlicę? TAK I_I, NIE I_I

2. Czy w okresie ostatnich 24 miesięcy pielęgniarka poz wykonywała u Pana/Pani badanie ankietowe świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy? TAK I_I, NIE I_I

## II. CZĘŚĆ WŁAŚCIWA ANKIETY

1. Czy był/a Pan/Pani w przeszłości poddawana badaniu ankietowemu świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy przez pielęgniarkę poz? TAK I_I, NIE I_I

jeśli TAK, to ile lat temu ostatni raz? I_I i czy w efekcie badania skierowano Pana/Panią do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza poz, do którego Pan/Pani jest zadeklarowana/y? TAK I_I, NIE I_I

2. Jakie są Pana/Pani warunki mieszkaniowe?

a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (> 4 osób na 1 pokój) TAKI_I, NIE I_I

b) jestem osobą bezdomną TAKI_I, NIE I_I

c) jestem pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej TAKI_I, NIE I_I

3. Czy mieszkający z Panem/Panią, czy też przebywający w Pana/Pani otoczeniu chorują/chorowali na gruźlicę? TAKI_I, NIE I_I

4. Czy jest Pan/Pani osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi? TAKI_I, NIE I_I

5. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu cukrzycy? TAKI_I, NIE I_I

6. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek? TAKI_I, NIE I_I

7. Czy określiłby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAKI_I, NIE I_I

8. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAKI_I, NIE I_I

9. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAKI_I, NIE I_I

10. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAKI_I, NIE I_I

11. Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAKI_I, NIE I_I

12. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:

a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAKI_I, NIE I_I

b) krwioplucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAKI_I, NIE I_I

c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAKI_I, NIE I_I

d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAKI_I, NIE I_I

13. Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAKI_I, NIE I_I

.....…….....……

data i podpis świadczeniobiorcy

**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

**<u>Wynik oceny na podstawie ankiety</u>**

**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) …….……...

**TAKI_I,** **NIE I_I**

.....…….....……

Data, oznaczenie pielęgniarki poz