



Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

CHECKLISTA

Imię i nazwisko.....

Data wypełnienia ankiety.....

PESEL:

Wykształcenie:

podstawowe zawodowe średnie wyższe

Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

Umysłowa Fizyczna Nie pracuje zawodowo

1. Masa ciała

2. Wzrost

3. Obwód pasa

4. Obwód bioder

5. Nadciśnienie tętnicze

Tak Nie

6. RR na prawej ręce

7. RR na lewej ręce

8. Częstość akcji serca

9. Miarowy rytm serca

Tak Nie

10. Szmer nad tętnicami szyjnymi?

Tak Nie

11. Cukrzyca leczona doustnie w wywiadzie

Tak Nie

12. Cukrzyca leczona insuliną w wywiadzie

Tak Nie

13. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej – przestrzeganie diety cukrzycowej w wywiadzie

Tak Nie

14. Zaburzenia gospodarki lipidowej – przestrzeganie diety ubogo-tłuszczowej w wywiadzie

Tak Nie

15. Migotanie przedsionków w wywiadzie

Tak Nie

16. Czy miewa Pan/Pani uczucie kołatania/nierównego bicia serca ?

Tak Nie

17. Czy pali Pani/Pan wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara) ?

Tak Nie

18. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?

1-5 papierosów

6-10 papierosów

11-15 papierosów

powyżej 16 papierosów

19. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

Tak Nie

20. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

(proszę wpisać rok).....

21. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?

Tak Nie

22. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

Tak Jakiej mocy/ rodzaju..... Nie

23. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu?

(proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

.....

24. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

Tak Nie

25. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

codziennie

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

okazjonalnie

26. Jeżeli spożywasz alkohol – to jaki jest to zwykle rodzaj alkoholu i jaka objętość?

.....

27. Jak często spożywa Pan/ Pani ryby?

codziennie

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

okazjonalnie

w ogóle

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Imię i nazwisko.....

PESEL:

28. Jak często spożywa Pan/ Pani po słodkie napoje gazowane?

- codziennie
- 3-4 razy w tygodniu
- 1-2 razy w tygodniu
- okazjonalnie
- w ogóle

29. Jak często spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa?

- codziennie
- 3-4 razy w tygodniu
- 1-2 razy w tygodniu
- okazjonalnie
- w ogóle

30. Jeśli spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa codziennie – to ile porcji dziennie?

- 5
- 4
- 3
- 2
- 1

31. Czy regularnie uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną?

- TAK NIE

32. Jeśli uprawia Pan/Pani regularnie aktywność fizyczną – to ile razy w tygodniu?

- 1 x
- 2 x
- Minimum 3 x
- 4 x
- Minimum 5 x
- 6 x
- Codziennie

33. Czy zażywa Pan/Pani substancje psychoaktywne?

- Tak Nie

34. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zawroty głowy?

Tak Nie

35. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagle zaniewidzenie na jedno oko?

Tak Nie

36. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani pole widzenia przesłonięte z jednej strony?

Tak Nie

37. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani osłabienie siły mięśniowej ręki i/lub nogi?

Tak Nie

38. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia wysławiania się/ kłopoty ze zrozumieniem mowy?

Tak Nie

39. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykrzywioną twarz?

Tak Nie

40. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia czucia?

Tak Nie

41. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagły bardzo silny ból głowy?

Tak Nie

42. Czy ktoś w Pan/Pani rodzinie chorował na udar? – jeśli tak to kto?

Tak

Nie

43. Czy osoba, w ciągu ostatniego miesiąca, przeżyła przemijający atak niedokrwienny, tj, epizod ogniskowego ubytku czynności ograniczonego obszaru mózgowia lub siatkówki, spowodowany niedokrwieniem w ramach jednego obszaru unaczynienia ośrodkowego układu nerwowego trwający nie dłużej niż 24 godziny manifestujący się: zaburzeniami mowy o charakterze afazji, niedowładem, zaburzeniami czucia lub też przemijającym zaniewidzeniem jednoocznym (amaurosis fugax)?

Tak

Nie

44. Czy w związku z zaistnieniem sytuacji o której mowa w pkt. 43 osoba była diagnozowana? Jeśli tak to kiedy oraz jaka była diagnoza?

Tak

Nie