**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/ rodzaj………………………………………………... 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

**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 nagłe 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, przebyła 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