

Załącznik Nr 6 do zarządzenia
Nr 79/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 czerwca 2022 r.

ANKIETA ŚWIADCZENIOBIORCY W PROFILAKTYCE GRUŻLICY
(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

Imię I I 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

Miejscowość I

Kod I I I-I I

Ulica I
Nr lokalu I

Wykonywany zawód: 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 ŚWIADCZENIOBIORCE

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

24 -10 podwyższone

9 - 1 umiarkowane

Wynik oceny na podstawie ankiety

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 pielęgniarce poz