

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



(po lewej stronie - pytania dla każdego pacjenta)

(po prawej stronie - pytania warunkowe)

Dane pacjenta

Imię		
Nazwisko		
Pesel		

Dane podstawowe

1. Dane antropometryczne

1.1. Wzrost (cm)		
1.2. Masa ciała (kg)		
1.3. BMI (kg/m ²) (wyliczanie)		

2. Wywiad środowiskowy

2.1. Wykształcenie	☐ Podstawowe	☐ Gimnazjalne	
	☐ Zawodowe, średnie	☐ Wyższe	
2.2. Czy mieszkasz sam/a?	☐ Tak ☐ Nie		

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCyny RODZINNEJ



Wywiad rodzinny

3. Choroby przewlekłe w rodzinie

Czy u matki rozpoznano przed 65. rokiem życia:

3.3. Udar mózgu ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

3.4. Zawał serca ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Czy u ojca rozpoznano przed 55. rokiem życia:

3.1. Udar mózgu ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

3.2. Zawał serca ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4. Nowotwory złośliwe w rodzinie

4.1. Czy występowały w rodzinie (u rodziców, dzieci, rodzeństwa) nowotwory złośliwe? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem
Jeśli *Tak* → pytania pogłębione

4.2. Rak piersi ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.3. Rak jajnika ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.4. Rak trzonu macicy ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.5. Rak jelita grubego lub odbytnicy ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.5. Rak żołądka ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

4.5. Rak nerki ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



Styl życia

5. Nawyki żywieniowe

5.1. Czy pijesz min. 1,5 litra wody lub innych płynów (z wyłączeniem słodkich napojów) dziennie?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

5.2. Czy ograniczasz spożycie tłuszczów zwierzęcych (np. masło, smalec) i zastępujesz je naturalnymi tłuszczami roślinnymi (np. olej rzepakowy, oliwa z oliwek)?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

5.3. Czy ograniczasz spożycie soli do 5 gramów dziennie (jedna płaska łyżeczka)?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

5.4. Czy codziennie jesz warzywa i/lub owoce (z wyłączeniem ziemniaków)^a?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

6. Aktywność fizyczna

6.1. Czy w tygodniu wykonujesz co najmniej 150 minut wysiłku umiarkowanego lub co najmniej 75 minut wysiłku intensywnego^b?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Trudno powiedzieć

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



Styl życia

7. Spożywanie alkoholu

7.1. Czy spożywasz napoje alkoholowe w jakiegokolwiek postaci?

☐ Tak ☐ Nie
(Jeśli *Tak* → pytania pogłębione - AUDIT-C)

AUDIT-C

7.2. Jak często pijesz napoje zawierające alkohol?

☐ Raz w miesiącu lub rzadziej ☐ 2-4 razy w miesiącu ☐ 2-3 razy w tygodniu ☐ Częściej niż 4 razy w tygodniu

7.3. Ile porcji alkoholu^c wypijasz przeciętnie?

☐ 1-2 porcje ☐ 3-4 porcje ☐ 5-6 porcji ☐ 7-9 porcji ☐ 10 lub więcej

7.4. Jak często wypijasz 6 lub więcej porcji^c przy jednej okazji?

☐ Nigdy ☐ Rzadziej niż raz w miesiącu ☐ Raz w miesiącu ☐ Raz w tygodniu ☐ Codziennie lub prawie codziennie

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



8. Palenie tytoniu lub używanie innych wyrobów zawierających nikotynę

8.1. Czy aktualnie palisz papierosy lub używasz wyrobów zawierających nikotynę?

- ☐ Tak, papierosy
☐ Tak, tytoń podgrzewany
☐ Tak, liquid
☐ Nie

(Jeśli *Tak*, *papierosy* lub *Tak*, *tytoń podgrzewany* → pytania pogłębione)

8.2. Ile miałeś/aś lat, gdy rozpoczęłeś/aś palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych?

Indeks Ciężkości Palenia (HSI – Heaviness of Smoking Index)

8.3. Kiedy po obudzeniu wypalasz pierwszego papierosa lub inny wyrób tytoniowy?

- ☐ Krócej niż 5 minut
☐ 5-30 minut
☐ 30-60 minut
☐ Dłużej niż 60 minut

8.5. Czy paliłeś/aś papierosy lub inne wyroby tytoniowe w przeszłości?

- ☐ Tak ☐ Nie
(Jeśli *Tak* → pytania pogłębione)

8.4. Ile sztuk papierosów lub innych wyrobów tytoniowych wypalasz każdego dnia?

- ☐ Do 10
☐ 11-20
☐ 21-30
☐ Powyżej 30

8.7. Czy w twojej obecności w domu lub/i pracy pali się papierosy lub inne wyroby tytoniowe?

- ☐ Tak ☐ Nie

8.6. Czy od momentu rzucenia palenia minęło ponad 15 lat?

- ☐ Tak ☐ Nie

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



Czynniki ryzyka choroby wirusowej wątroby

9. Czy było u ciebie podejrzenie lub rozpoznanie jakiejkolwiek choroby wątroby?

☐ Tak ☐ Nie

10. Czy byłeś/aś leczony/a w szpitalu co najmniej 3 razy?

☐ Tak ☐ Nie

11. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany zabieg operacyjny lub badanie endoskopowe?

☐ Tak ☐ Nie

12. Czy miałeś/aś przetaczaną krew lub produkty krwiopochodne przed rokiem 1992?

☐ Tak ☐ Nie

13. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany tatuaż lub piercing, albo inne zabiegi z naruszeniem ciągłości skóry?

☐ Tak ☐ Nie

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)

Zdrowie psychiczne

DEPRESJA – PHQ-2		PHQ-9	
14. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni występowały u Ciebie następujące problemy?		Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni odczuwałeś/aś następujące problemy?	
14.1. Zaniepokojenie z powodu swojego przygnębienia, depresyjnego nastroju lub poczucia beznadziei?	☐ Tak* ☐ Nie	14.3. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie
14.2. Odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności?	☐ Tak* ☐ Nie	14.4. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie
* Jeśli 2 odpowiedzi <i>Tak</i> → przejdź do PHQ-9		14.5. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany albo zbyt długi sen?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie
		14.6. Uczucie zmęczenia lub brak energii?	☐ Wcale nie dokuczały ☐ Kilka dni ☐ Więcej niż połowę dni ☐ Niemal codziennie

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



14.7. Brak apetytu lub przejadanie się?

- ☐ Wcale nie dokuczały
- ☐ Kilka dni
- ☐ Więcej niż połowę dni
- ☐ Niemal codziennie

14.8. Poczucie niezadowolenia z siebie lub uczucie, że jesteś do niczego albo że zawiodłeś/aś siebie lub rodzinę?

- ☐ Wcale nie dokuczały
- ☐ Kilka dni
- ☐ Więcej niż połowę dni
- ☐ Niemal codziennie

14.9. Problemy ze skupieniem się, np. przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji?

- ☐ Wcale nie dokuczały
- ☐ Kilka dni
- ☐ Więcej niż połowę dni
- ☐ Niemal codziennie

14.10. Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie - niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle?

- ☐ Wcale nie dokuczały
- ☐ Kilka dni
- ☐ Więcej niż połowę dni
- ☐ Niemal codziennie

14.11. Myśli, że lepiej byłoby umrzeć albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy?

- ☐ Wcale nie dokuczały
- ☐ Kilka dni
- ☐ Więcej niż połowę dni
- ☐ Niemal codziennie

Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (20-59 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



^aPrzykłady porcji warzyw i owoców:

- średniej wielkości owoc (np. jabłko) lub kilka mniejszych sztuk (np. truskawki, czereśnie)
- średniej wielkości warzywo (np. marchewka) około pół szklanki surówki lub sałatki
- szklanka soku

^bDefinicja rodzaju aktywności fizycznej wraz z przykładami:

- aktywność umiarkowana, tj. prowadząca do niewielkiego przyspieszenia oddechu i bicia serca (np. noszenie ciężarów <20kg, jazda rowerem w normalnym tempie, szybki marsz, taniec)
- aktywność intensywna, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. wchodzenie pod górę, noszenie ciężarów >20kg, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, jazda rowerem lub pływanie, piłka nożna, siatkówka i inne gry zespołowe)
- 10 minut aktywności intensywnej odpowiada 20 minutom aktywności umiarkowanej

^cJedna porcja to 10 gramów 100% alkoholu, którą zawiera:

- szklanka piwa o mocy 5% (250 ml)
- kieliszek wina o mocy 12% (100 ml)
- kieliszek wódki o mocy 40% (30 ml)
- napój alkoholowy o mocy 18% (75 ml) - mocniejsze wino, nalewki

