

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej ( $\geq 60$ 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 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )<br>(wyliczanie) |  |  |

### 2. Wywiad środowiskowy

|                           |                                                           |                                      |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 2.1. Wykształcenie        | <input type="checkbox"/> Podstawowe                       | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne |  |
|                           | <input type="checkbox"/> Zawodowe, średnie                | <input type="checkbox"/> Wyższe      |  |
| 2.2. Czy mieszkasz sam/a? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |                                      |  |

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (≥ 60 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 (≥ 60 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)<sup>a</sup>?

☐ 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<sup>b</sup>?

☐ Tak

☐ Nie

☐ Trudno powiedzieć

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej ( $\geq 60$ 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<sup>c</sup> 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<sup>c</sup> przy jednej okazji?

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

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (≥ 60 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)

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

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

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

- ☐ Tak ☐ Nie

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

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

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

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

- ☐ Tak ☐ Nie

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (≥ 60 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO  
MEDYCYNY RODZINNEJ



## Czynniki ryzyka choroby wirusowej wątroby

|                                                                                                               |                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| 9. Czy było u ciebie podejrzenie lub rozpoznanie jakiejkolwiek choroby wątroby?                               | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |  |
| 10. Czy byłeś/aś leczony/a w szpitalu co najmniej 3 razy?                                                     | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |  |
| 11. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany zabieg operacyjny lub badanie endoskopowe?                            | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |  |
| 12. Czy miałeś/aś przetaczaną krew lub produkty krwiopochodne przed rokiem 1992?                              | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |  |
| 13. Czy kiedykolwiek miałeś/aś wykonany tatuaż lub piercing, albo inne zabiegi z naruszeniem ciągłości skóry? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |  |

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej (≥ 60 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO  
MEDYCyny RODZINNEJ



## 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?    | <input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie | 14.3. Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności? | <input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały<br><input type="checkbox"/> Kilka dni<br><input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni<br><input type="checkbox"/> Niemal codziennie |
| 14.2. Odczuwanie zmniejszonego zainteresowania lub przyjemności podczas wykonywania różnych czynności? | <input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie | 14.4. Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności?                              | <input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały<br><input type="checkbox"/> Kilka dni<br><input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni<br><input type="checkbox"/> Niemal codziennie |
| * Jeśli 2 odpowiedzi <i>Tak</i> → przejdź do PHQ-9                                                     |                                                            | 14.5. Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany albo zbyt długi sen?                        | <input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały<br><input type="checkbox"/> Kilka dni<br><input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni<br><input type="checkbox"/> Niemal codziennie |
|                                                                                                        |                                                            | 14.6. Uczucie zmęczenia lub brak energii?                                             | <input type="checkbox"/> Wcale nie dokuczały<br><input type="checkbox"/> Kilka dni<br><input type="checkbox"/> Więcej niż połowę dni<br><input type="checkbox"/> Niemal codziennie |
|                                                                                                        |                                                            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej ( $\geq 60$ r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO  
MEDYCYNY RODZINNEJ



POROZUMIENIE  
ZIELONOGÓRSKIE

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 (≥ 60 r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO  
MEDYCyny RODZINNEJ



## Ocena funkcji poznawczych

### Ocena funkcji poznawczych

15. Czy zaobserwowałeś (lub Twoi bliscy to zauważyli), że masz problem z zapamiętywaniem i/lub przypomnieniem sobie powszechnie znanych nazw lub zwyczajowo używanych słów?

☐ Tak\*\*

☐ Nie

16. Czy zaobserwowałeś (lub Twoi bliscy to zauważyli), że masz problem z planowaniem i realizacją aktywności zawodowych lub czynności dnia codziennego (np. robienie zakupów, sprząatanie, przygotowywanie posiłków, opłacanie rachunków)?

☐ Tak\*\*

☐ Nie

17. Czy zaobserwowałeś (lub Twoi bliscy to zauważyli), że zdarza Ci się być zdezorientowanym co do miejsca i czasu (niewłaściwe określenie miejsca, w którym się znajdujesz lub nieznaną aktualną pełną datę dnia - dzień, miesiąc, rok)?

☐ Tak\*\*

☐ Nie

\*\* Jeśli co najmniej jedna odpowiedź *Tak* → wykonaj mini-COG podczas wizyty podsumowującej

# Kwestionariusz bilansu zdrowia osoby dorosłej ( $\geq 60$ r.ż.)



POLSKIE TOWARZYSTWO  
MEDYCYNY RODZINNEJ



## <sup>a</sup>Przykłady 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

## <sup>b</sup>Definicja rodzaju aktywności fizycznej wraz z przykładami:

- **aktywność umiarkowana**, tj. prowadząca do niewielkiego przyspieszenia oddechu i bicia serca (np. noszenie ciężarów  $<20$ kg, 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  $>20$ kg, 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

## <sup>c</sup>Jedna 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

