

Profilaktyczne świadczenia bilansowe

1. Opis problemu – uzasadnienie

W Polsce, zgodnie z analizami Głównego Urzędu Statystycznego z 2014 r. występowanie chorób i przewlekłych dolegliwości stwierdzono u 52% ogółu Polaków (vs. 46% w 2004r. i 51% w 2009r.), w tym u 70% osób powyżej 50. roku życia [GUS 2009, 2014]. Populacja chorych przewlekłe ma zwiększać się o 1% rocznie do 2030 r. Do 2020 r. choroby przewlekłe będą przyczyną około 75% zgonów na całym świecie, w tym w krajach rozwijających stwierdzi się: 71% spośród wszystkich spowodowanych przez chorobę niedokrwienną serca, 75% – przez udar, 70% – cukrzycę. W 2020 r. choroby przewlekłe staną się więc główną przyczyną niepełnosprawności, indukując bezpośrednio, ale przede wszystkim pośrednie koszty medyczne. Już w tej chwili są one istotne ekonomicznie i stanowią socjalne obciążenie systemów opieki zdrowotnej, społeczności, a przede wszystkim indywidualnych pacjentów [WHO].

Największym zagrożeniem życia Polaków są choroby układu krążenia (ChUK) odpowiedzialne w 2014 r. za 45,1% ogółu zgonów. Natężenie umieralności z powodu ChUK stopniowo zmniejsza się od roku 1991. Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwczesnych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25,4% ogółu zgonów w 2014 r.). W nowotworach złośliwych ogółem różnica w przeżywalności pomiędzy Europą a Polską nasila się. W Polsce w 2014 roku papierosy paliło 28,8% mężczyzn oraz 17,2% kobiet, co umiejscawia nasz kraj na odpowiednio 11 i 21 miejscu w Unii Europejskiej. Spożycie alkoholu w Polsce wynosi 10,7 litra/osobę powyżej 15 roku życia/rok i jest nadal wyższe od średniej europejskiej. Nadwaga i otyłość w zależności od źródła danych dotyczą 62%–68% mężczyzn i 46%–60% kobiet w Polsce. Według badań GUS odsetki te nieznacznie wzrosły w ciągu ostatnich 4 lat. Niski poziom wykształcenia wyraźnie zwiększa ryzyko zbyt wysokiej masy ciała. Niekorzystna jest sytuacja w dziedzinie aktywności fizycznej ludności Polski dorośli Polacy są znacznie mniej aktywni niż większość obywateli UE – nie tylko rzadziej uprawiają sport, ale również rzadziej podejmują inne formy aktywności ruchowej [Wojtyński B, Goryński P, 2016]. Depresja w 1990 roku stanowiła czwartą, po infekcjach dolnych dróg oddechowych, biegunkach i

powikłaniach okołoporodowych, przyczynę niepełnosprawności na świecie. Szacuje się, że w roku 2020 depresja zajmie drugą pozycję po chorobie niedokrwiennej serca [Murray CJL, Lopez, 1996]. Depresja zajmuje obecnie drugą spośród dziesięciu najczęstszych przyczyn utraty zdrowia w Europie Środkowej [Murray 2012].

Powyższe dane warunkują zakres badania podmiotowego i przedmiotowego objęty bilansowymi badaniami okresowymi dla osób dorosłych. Dane zebrane w ramach badań bilansowych zostaną wykorzystane do systemowego zarządzania programami zdrowotnymi w populacji pacjentów POZ w koordynacji z innymi poziomami systemu opieki zdrowotnej.

GUS - Stan zdrowia ludności Polski 2014 r. Dostępny na: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>

GUS – Stan zdrowia ludności Polski, 2009. Dostępny na: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf.

Murray C. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380: 2197–2223

Murray CJL, Lopez AD, red.: *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, Harvard University Press, 1996

WHO - Noncommunicable diseases Dostępny na: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

Wojtyński B, Goryński P (red). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Warszawa 2016

2. Cel profilaktycznych świadczeń bilansowych

Zasadniczym celem badań bilansowych jest identyfikacja pacjentów zdrowych i potencjalnie chorych (stratyfikacja populacji), w celu umożliwienia zarządzania liczbą i typem usług przewidzianych dla danej grupy pacjentów.

3. Rekrutacja

Na badania bilansowe powinni być rekrutowani pacjenci z populacji uprawnionej. Badania te są przeznaczane głównie dla populacji pacjentów, na temat których zespół POZ nie ma aktualnej/pełnej wiedzy w zakresie ich stanu zdrowia. Są to pacjenci nie korzystający lub rzadko korzystający z usług POZ. Do badań bilansowych są kwalifikowani pacjenci z danej grupy wiekowej oraz pacjenci, którzy w okresie 12 miesięcy przed potencjalnym bilansem nie byli u lekarza z powodu choroby przewlekłej (dotyczy lekarza POZ, lekarza specjalisty w ramach AOS), ani nie byli hospitalizowani i nie mieli wykonywanych badań diagnostycznych (z zakresu badań bilansowych i innych programów profilaktycznych, w tym ChUK). Chyba że lekarz zdecyduje inaczej, np. w związku z chorobą przewlekłą nie mającą związku z potencjalnymi jednostkami chorobowymi możliwymi do zdiagnozowania po przeprowadzeniu badań bilansowych.

4. Zakres profilaktycznych świadczeń bilansowych

Badania bilansowe - to zestaw wystandaryzowanych badań realizowanych w ramach profilaktyki chorób przewlekłych przeznaczony dla całej populacji objętej opieką świadczeniodawcy realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ PLUS, wykonywany raz na pięć lat, w pięcioletnich grupach wiekowych od 20 do 65 roku życia (minimalny odstęp czasu pomiędzy badaniami bilansowymi z danych przedziałów wiekowych to 3 lata).

Badanie bilansowe jest przeprowadzane z wykorzystaniem kwestionariusza bilansowego, określającego zakres danych niezbędnych do przeprowadzenia badania. Wzór kwestionariusza jest określony w załączniku 1b do zarządzenia.

Po przeprowadzeniu badania przedmiotowego i podmiotowego oraz wskazanej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej następuje ocena stanu zdrowia w zakresie ryzyka wystąpienia choroby przewlekłej (rozumianej jako choroba nieuleczalna skutkująca pogorszeniem funkcjonowania z towarzyszącymi objawami somatycznymi i/lub psychicznymi). Pacjent kwalifikowany jest do określonej grupy o statusie zdrowotnym :

1. zdrowy - bez czynników ryzyka,
2. zdrowy (bez objawów) - z czynnikami ryzyka,

3. chory przewlekłe (bez aktualnych objawów) - stabilny,
4. chory przewlekłe (aktualnie z objawami) - wymagający stabilizacji.

W wyniku bilansu powstaje Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego (IPPZ), który powinien zostać omówiony z pacjentem w ramach podsumowania badania bilansowego.

Badania bilansowe mogą być wykonane w zakresie podstawowym lub pogłębionym.

a) Bilans podstawowy, składa się z:

- wizyty przed-bilansowej (wstępnej) polegającej na:
 - zapoznaniu pacjenta z założeniami badań bilansowych,
 - założeniu kwestionariusza bilansowego (kwestionariusz uzupełniany na każdym etapie badania bilansowego przez osobę przeprowadzającą dany etap badania),
 - zebraniu wywiadu medycznego, w tym wywiadu rodzinnego (badanie podmiotowe),
 - wykonaniu podstawowych badań antropometrycznych i parametrów życiowych (wzrost, masa ciała, BMI, ciśnienie tętnicze krwi, tętno);
- badania fizykalnego (przedmiotowego), obejmującego m.in. ocenę skóry, głowy i szyi, jamy ustnej, klatki piersiowej i płuc, w tym sposobu oddychania, układu sercowo-naczyniowego, układu mięśniowo-szkieletowego, jamy brzusznej, gruczołów piersiowych, dołów pachowych, węzłów chłonnych, odbytnicy (per rectum), obecność np. przepuklin, obrzęków, żylaków;
- skierowania pacjenta na badania diagnostyczne z pakietu bilansu podstawowego (morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram);
- omówienia wyników zleconych badań i nadanie statusu zdrowotnego pacjentowi w systemie informatycznym oraz omówienie z pacjentem opracowanego IPPZ (w przypadku zakończenia bilansu na etapie podstawowym). Omówiony IPPZ jest przekazywany pacjentowi celem realizacji.

b) Bilans pogłębiony - w przypadku występowania czynników ryzyka określonych na podstawie danych z wywiadu medycznego, pacjent jest kierowany na wykonanie tzw. diagnostyki pogłębionej *(w zależności od wskazań klinicznych i wieku pacjenta istnieje możliwość wykonania badań dodatkowych przypisanych danej grupie wiekowej - zgodnie z macierzą w tab. 1, w przypadku stwierdzenia co najmniej jednego czynnika ryzyka/warunku kwalifikującego do danego badania)*.

- wykonanie wszystkich składowych wchodzących do zakresu bilansu podstawowego, oraz
- wykonanie badań z pakietu bilansu pogłębionego, do których został zakwalifikowany pacjent,
- omówienie wyników zleconych badań i nadanie statusu zdrowotnego pacjentowi oraz omówienie z pacjentem opracowanego IPPZ,
- skierowanie na wizytę edukacyjną w oparciu o IPPZ.

Rozliczeniu podlega bilans podstawowy lub bilans pogłębiony, w zależności od zakresu zastosowanej diagnostyki.

W IPPZ powinny zostać wskazane możliwe do realizacji badania profilaktyczne, finansowane ze środków publicznych, takie jak np. cytologia, mammografia, kolonoskopia oraz zalecane szczepienia ochronne (w tym przeciwko grypie oraz pneumokokom).

Integralną częścią badania bilansowego jest edukacja pacjenta w obszarach związanych z rozpoznanymi czynnikami ryzyka.

Wizyta(/y) edukacyjne

Zakres wizyty powinien być ustalony na podstawie rekomendacji ujętych w IPPZ. Zaleca się korzystanie z wytycznych i zaleceń Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, w których są zawarte m.in. elementy dotyczące zmiany zachowań zdrowotnych, a także materiałów edukacyjnych, w tym e-learningowych udostępnianych przez Fundusz oraz mobilnych aplikacji prozdrowotnych.

Wizyty edukacyjne są dedykowane pacjentom, którym nadano status zdrowotny nr 2, 3 lub 4.

Wizyty edukacyjne obejmują szczegółowe omówienie IPPZ, pod kątem zidentyfikowanych czynników ryzyka i wskazań diagnostyczno-terapeutycznych oraz edukację w zakresie behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób, m.in. związanych z:

- zachowaniami żywieniowymi:

W ramach wizyty pacjent uczy się rozpoznawać nadwagę, otyłość, niedowagę, zdobywa wiedzę na temat zaburzeń odżywiania, prawidłowego odżywiania się (optymalna ilość posiłków w ciągu dnia, piramida żywieniowa, odpowiedni czas między posiłkami, zbilansowana dieta, dostosowanie diety do wieku, aktywności fizycznej, potrzeb organizmu, zaburzeń pokarmowych, schorzeń/alergii, odpowiednich suplementów diety), skutki/powikłania wynikające z otyłości (m.in. zwiększone ryzyko zachorowania na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, hiperlipidemię, miażdżycę, nowotwory).

- statusem aktywności fizycznej,

W ramach wizyty edukator zdrowia pyta pacjenta o świadomość znaczenia zdrowego stylu życia, częstotliwość uprawiania aktywności fizycznej, intensywność aktywności fizycznej, metodzie kontroli wielkości dobowego wysiłku fizycznego w przypadku spacerów (marszów) poprzez stosowanie krokomierzy. Pacjent informowany jest o korzyściach płynących z uprawiania aktywności fizycznej, poruszana jest kwestia aktywności fizycznej jako podstawy zapobiegania chorobom przewlekłym (choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2, nowotwory, choroby układu kostno-mięśniowego, zaburzenia emocjonalne i psychiczne). Pacjent również dowie się o negatywnym wpływie na zdrowie sedentaryjnego (siedzącego) trybu życia.

- statusem nikotynowym, alkoholowym, substancji psychoaktywnych

W ramach wizyty pacjent informowany jest o skutkach zdrowotnych wynikających ze spożywania ww. substancji (choroby układu sercowo – naczyniowego, nowotwory, choroby umysłowe, uzależnienie, konsekwencje społeczne). Pacjent dowiaduje się

m.in. o znaczeniu psychoterapii w uzależnieniach, skutkach spożywania alkoholu w czasie ciąży (m.in. FAE, FAS, poronienia, przedwczesny poród, wady rozwojowe), skutkach prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu/narkotyków, HIV/AIDS, skutkach biernego palenia dla rodziny i otoczenia.

- o zdrowiem psychicznym

Pacjent informowany jest o sposobach radzenia sobie ze stresem, zapobieganiem depresji, zmianą stylu życia i o znaczeniu psychoterapii w problemach o podłożu psychicznym

- o statusem przestrzegania zaleceń terapeutycznych ze szczególnym naciskiem na elementy wskazane w IPPZ,

Wizyty edukacyjne dzielą się na:

- 1) **wizyta edukacyjna** - powinna być wykonana bezpośrednio po przeprowadzonym bilansie. Wizyta edukacyjna bazuje na danych odnotowanych w kwestionariuszu bilansowym, wg. wzoru określonego w zał. 1b do zarządzenia oraz podsumowaniu zaprezentowanym w IPPZ (brak konieczności powielania zapisów dot. czynników behawioralnych w odrębnym dokumencie). Na wizycie edukacyjnej, przedmiotowy kwestionariusz jest uzupełniony o dodatkową sekcję dot. zachowań żywieniowych, w tym w narzędziu informatycznym udostępnianym przez Fundusz, o którym mowa w §21 ust. 7. Zakres danych sekcji określony w tab. 2.
- 2) **wizyta edukacyjna kontrolna** - powinna być wykonana w okresie 3 miesięcy od pierwszej wizyty w przypadku pacjentów, którym wykonano bilans pogłębiony. Polega przede wszystkim na sprawdzeniu stosowania się pacjenta do zaleceń określonych w IPPZ i omówionych podczas pierwszej wizyty edukacyjnej. Powinna zostać zebrana aktualna informacja o parametrach antropometrycznych (dokonanie pomiarów) oraz o aktualnych czynnikach behawioralnych (np. czy pacjent rzucił palenie). Powyższe powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta i w narzędziu informatycznym udostępnianym przez Fundusz, o którym mowa w §21 ust. 7.

Pacjent jest motywowany do kontynuacji podjętych działań. Zakres danych określony w tab. 3.

- 3) **wizyta edukacyjna kontrolna** - powinna być wykonana w okresie 6 miesięcy od pierwszej wizyty w przypadku pacjentów, którym wykonano bilans pogłębiony. Polega na kontroli efektywności podejmowanych przez pacjenta interwencji wskazanych w IPPZ i omówionych podczas pierwszej wizyty edukacyjnej oraz wizyty edukacyjnej kontrolnej (po 3 miesiącach). Powinna zostać zebrana aktualna informacja o parametrach antropometrycznych (dokonanie pomiarów) oraz o aktualnych czynnikach behawioralnych (np. czy pacjent rzucił palenie). Powyższe powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta i w narzędziu informatycznym udostępnianym przez Fundusz, o którym mowa w §21 ust. 7. Pacjent jest motywowany do kontynuacji podjętych działań. Zakres danych określony w tab. 3.

4) –**wizyty edukacyjne specjalistyczne:**

a) **dietetyczne** – udzielane w cyklu maksymalnie 3 porad jednostkowych w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia, tj. od zakwalifikowania pacjenta w oparciu o wywiad i badanie fizykalne:

- **Wizyta edukacyjna specjalistyczna - dietetyczna – pierwsza (udzielana przez dietetyka)**, polega na analizie dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, analizie dotychczasowego sposobu odżywiania, analizie składu ciała, opracowaniu indywidualnych zaleceń żywieniowych, w tym m.in.: zapotrzebowanie na białka, węglowodany, tłuszcze, rozkład czasowy posiłków i wyszczególniona ich kaloryczność. Opracowanie planu interwencji dietetycznej.
- **wizyta edukacyjna specjalistyczna – dietetyczna – druga**, polega na analizie implementacji zaleconej korekty zachowań żywieniowych, w tym barier implementacji.
- **wizyta edukacyjna specjalistyczna – dietetyczna – trzecia**, polega na ocenie skuteczności zastosowanych interwencji.

b) **wizyta edukacyjna specjalistyczna – psychologiczna** - to cykl maksymalnie 3 porad jednostkowych w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia, tj. od zakwalifikowania pacjenta w oparciu o wywiad w części

dot. samopoczucia psychicznego, który był pogłębiony o wywiad w kierunku depresji i innych zaburzeń stanu psychicznego zgodnie z wytycznymi PTP, PTMR i KLRwP.

Trzy wizyty mają na celu rozpoznanie i omówienie sytuacji życiowej pacjenta pod kątem zgłaszanych dolegliwości z zakresu funkcjonowania psycho-społecznego. Powinny one mieć charakter diagnozy, psychoedukacji lub poradnictwa, zależnie od sytuacji klinicznej pacjenta. Konsultacja psychologiczna może być wstępem do dalszej pracy terapeutycznej (poza programem POZ PLUS), niekiedy jednak udział w nich okazuje się wystarczający dla wypracowania rozwiązania zgłaszanej trudności (dotyczyć to będzie pacjentów z obniżonym nastrojem, nie spełniającym kryterium rozpoznania zaburzeń depresyjnych). Psycholog powinien ustalić diagnozę psychologiczną, w tym w uzasadnionych sytuacjach klinicznych przeprowadzić badanie neuropsychologiczne z wykorzystaniem adekwatnych testów oraz ustalić dalszy plan postępowania.

Jeżeli na podstawie zespołu objawów psycholog potwierdzi np. zaburzenia depresyjne, powinien zaproponować pacjentowi udział w terapii indywidualnej lub grupowej i/lub poprzedzającą terapię konsultację psychiatryczną realizowaną w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (PSY).

5. Podział zadań

Podział zadań do wykonania zależy od danego świadczeniodawcy, ale rekomenduje się następujący schemat postępowania (rys. 1):

- 1) czynności administracyjne, wstępna kwalifikacja i zapraszanie do badań bilansowych, prowadzenie terminarza i umawianie wizyt, przypominanie o terminach wizyt, koordynowanie przepływu informacji pomiędzy realizatorami świadczeń, pełnienie funkcji łącznika pomiędzy pacjentem a zespołem POZ (udzielanie informacji pacjentowi), zapewnienie ciągłej i kompleksowej obsługi pacjenta, sporządzenie raportów i sprawozdań w ramach pilotażu, badania ewaluacyjne, kontrola efektywności podejmowanych interwencji, w tym

comiesięczny monitoring implementacji zaleconych interwencji - koordynator administracyjny (np. pielęgniarka lub absolwent zdrowia publicznego).

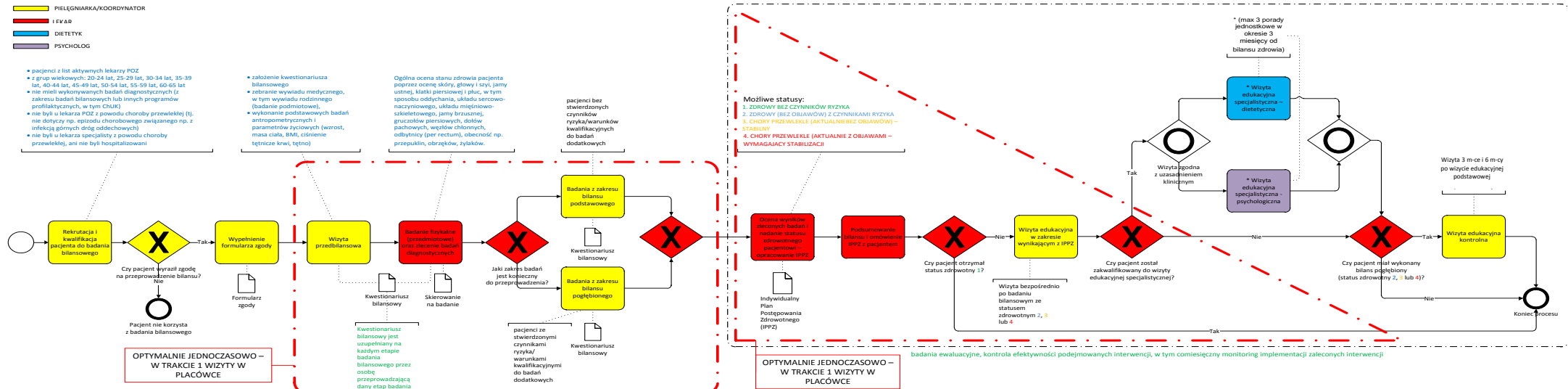
2) wizyta/y bilansowe:

- a) wstępny wywiad medyczny - wypełnienie kwestionariusza bilansowego w części ogólnej - pielęgniarka/koordynator,
- b) pogłębiony wywiad medyczny – wypełnienie kwestionariusza bilansowego w części szczegółowej i badanie przedmiotowe – lekarz POZ,
- c) wykonanie badań podstawowych + ew. dodatkowych na podstawie zidentyfikowanych czynników ryzyka – pielęgniarka i lekarz POZ,
- d) omówienie wyników i ustalenie dalszego postępowania medycznego określonego w IPPZ – lekarz POZ,
- e) edukacja pacjenta – pielęgniarka przy ew. wsparciu dodatkowego personelu np. edukatora zdrowotnego, dietetyka, psychologa (zgodnie z posiadanymi zasobami kadrowymi i potrzebami pacjentów), pod nadzorem lekarskim.
- f) Wizyty edukacyjne specjalistyczne (dietetyczne i psychologiczne) są przeprowadzane przez odpowiednich specjalistów, tj. dietetyka i psychologa.

3) sprawozdanie bilansu - koordynator administracyjny.

4) badania ewaluacyjne 6 miesięcy po ustaleniu IPPZ, w tym po wizycie edukacyjnej (z oceną efektywności klinicznej IPPZ) – koordynator administracyjny we współpracy z zespołem POZ PLUS.

Rys. 1 Schemat postępowania



6. Założenia do Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ)

Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego (IPPZ) stanowi podsumowanie badania bilansowego. Jest dokumentem omawianym i przekazywanym pacjentowi oraz stanowi podstawę wizyt edukacyjnych.

Zakres danych zawartych w IPPZ powinien być częściowo generowany z kwestionariusza bilansowego – jako raport wynikowy i powinien zawierać:

- dane personalne
- wnioski z części dot. aktywności fizycznej i samopoczucia psychicznego
- wyniki testów dodatkowych, tj. test Fagerstroma, SCORE, AUDIT-C – z interpretacją
- wyniki pomiarów antropometrycznych i parametrów życiowych z ich interpretacją
- wynik badania fizykalnego i badań diagnostycznych z ich interpretacją
- zalecenia dla pacjenta, dotyczące m.in.:
 - konieczności odbycia wizyt edukacyjnych
 - rekomendacji dot. szczepień ochronnych (np. grypa, pneumokoki)
 - możliwych i przysługujących w danym wieku programów profilaktycznych (np. mammografia, kolonoskopia, cytologia)
 - konieczności dokonywania pomiarów i ich samokontroli (np. przy podejrzeniu nadciśnienia tętniczego),
 - sugerowanych terminów wizyt kontrolnych,
 - rekomendacji wykonania dodatkowych badań,
 - konieczności konsultacji specjalistycznych.

Tab. 1 Macierz

Badanie		Czynniki ryzyka /warunki kwalifikujące do badania	20 – 24 lat	25 – 29 lat	30 – 34 lat	35 – 39 lat	40 – 44 lat	45 – 49 lat	50 – 54 lat	55 – 59 lat	60 – 65 lat
Bilans podstawowy	<ul style="list-style-type: none"> wywiad medyczny, w tym w kierunku zaburzeń depresyjnych badanie przedmiotowe wzrost, masa ciała, BMI, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram 	wszyscy u których nie było wykonywane badanie bilansowe ≥ 5 lat	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
Bilans pogłębiony	<ul style="list-style-type: none"> wywiad medyczny, w tym w kierunku zaburzeń depresyjnych badanie przedmiotowe wzrost, masa ciała, BMI, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram <p>+ badania wskazane przez lekarza (zgodnie z czynnikami/warunkami kwalifikującymi do badań) z listy poniżej:</p>	osoby, które zakwalifikowano do co najmniej jednego badania diagnostycznego z zakresu bilansu pogłębionego, w oparciu o czynniki ryzyka /warunki kwalifikujące do badania lub indywidualne wskazania ustalone przez lekarza	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	Spirometria	<ul style="list-style-type: none"> palenie tytoniu przewlekły kaszel duszność krwioplucie 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

Badanie		Czynniki ryzyka /warunki kwalifikujące do badania	20 – 24 lat	25 – 29 lat	30 – 34 lat	35 – 39 lat	40 – 44 lat	45 – 49 lat	50 – 54lat	55 – 59 lat	60 – 65 lat
		<ul style="list-style-type: none"> • pogarszająca się tolerancja wysiłku 									
	ALT (AIAT)	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia ze strony układu pokarmowego • zaburzenia miesiączkowania • nadwaga / otyłość lub cukrzyca • dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób wątroby • nadużywanie alkoholu • stosowanie leków hepatotoksycznych 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	AST (AspAT)	<ul style="list-style-type: none"> • nadwaga / otyłość lub cukrzyca • dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób wątroby • nadużywanie alkoholu • długotrwała antybiotykoterapia, • długotrwała antykoncepcja hormonalna 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	TSH	<ul style="list-style-type: none"> • zmiana masy ciała • kołatanie serca/tachykardia • przerost gruczołu tarczowego (wole) • spowolnienie ruchowe (pacjenci 65 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	FT4	<ul style="list-style-type: none"> • zmiana masy ciała • kołatanie serca/tachykardia • przerost gruczołu tarczowego (wole) • spowolnienie ruchowe (pacjenci 65) 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	FT3	<ul style="list-style-type: none"> • zmiana masy ciała • kołatanie serca/tachykardia • przerost gruczołu tarczowego (wole) • spowolnienie ruchowe (pacjenci 65) 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	EKG	<ul style="list-style-type: none"> • uczucie kołatania serca, • zaburzenia rytmu pracy serca • ból w klatce piersiowej 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

Badanie		Czynniki ryzyka /warunki kwalifikujące do badania	20 – 24 lat	25 – 29 lat	30 – 34 lat	35 – 39 lat	40 – 44 lat	45 – 49 lat	50 – 54lat	55 – 59 lat	60 – 65 lat
	Usg jamy brzusznej	<ul style="list-style-type: none"> nieprawidłowe badanie kliniczne ostre bądź przewlekłe bóle brzucha uraz brzucha powiększenie obwodu brzucha 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	USG piersi	<ul style="list-style-type: none"> wyczuwalne zmiany w piersi wyciek z brodawek występowanie raka sutka w wywiadzie rodzinnym długotrwała antykoncepcja hormonalna 	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀
	USG tarczycy i przytarczyc	<ul style="list-style-type: none"> nieprawidłowe wyniki badań TSH, FT4 powiększenie obwodu szyi wyczuwalne zmiany w obrębie tarczycy dodatni wywiad rodzinny w kierunku nowotworu tarczycy 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	PSA	<ul style="list-style-type: none"> trudności w oddawaniu moczu krwiomocz ból kroczu i podbrzusza 						♂	♂	♂	♂
	USG gruczołu krokowego	<ul style="list-style-type: none"> trudności w oddawaniu moczu krwiomocz ból kroczu i podbrzusza nieprawidłowości w badaniu per rectum nieprawidłowy wynik oznaczenia PSA dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka prostaty 						♂	♂	♂	♂
	RTG klatki piersiowej (KLP)	<ul style="list-style-type: none"> palenie tytoniu duszności niepokojący lub długo utrzymujący się kaszel ból w klatce piersiowej 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

Badanie		Czynniki ryzyka /warunki kwalifikujące do badania	20 – 24 lat	25 – 29 lat	30 – 34 lat	35 – 39 lat	40 – 44 lat	45 – 49 lat	50 – 54 lat	55 – 59 lat	60 – 65 lat
	Kreatynina	<ul style="list-style-type: none"> problemy z oddawaniem moczu obrzęki 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	Kwas moczowy	<ul style="list-style-type: none"> bóle stawów kończyn dolnych obrzęki 							♀♂	♀♂	♀♂
	Densytometria	<ul style="list-style-type: none"> częste złamania kości wczesna menopauza 							♀	♀	♀
Edukacja	Wizyta edukacyjna	pacjenci ze statusem zdrowotnym 2, 3 lub 4	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	Wizyta edukacyjna – kontrolna (po 3 miesiącach)	pacjenci ze statusem zdrowotnym 2, 3 lub 4 po bilansie pogłębionym, odbytą wizytą edukacyjną	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	Wizyta edukacyjna – kontrolna (po 6 miesiącach)	pacjenci ze statusem zdrowotnym 2, 3 lub 4 po bilansie pogłębionym, odbytą wizytą edukacyjną i wizytą edukacyjną – kontrolną po 3 miesiącach	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	wizyta edukacyjna specjalistyczna - dietetyczna	nadwaga lub otyłość lub inne wskazania ustalone indywidualnie	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	wizyta edukacyjna specjalistyczna - psychologiczna	pacjenci z ryzykiem zaburzeń depresyjnych	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

Tab. 2 Wizyta edukacyjna - sekcja dot. zachowań żywieniowych.

Jak Pan/i ocenia swoje odżywianie się w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)?			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ilość posiłków w ciągu dnia?			<input type="checkbox"/> 3 lub mniej		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 lub więcej	
Przerwy między posiłkami?			<input type="checkbox"/> 1-2h	<input type="checkbox"/> 3-4h	<input type="checkbox"/> 5-6h	<input type="checkbox"/> powyżej 6 h	
Czy w diecie występują warzywa lub owoce?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeśli tak to w ilu posiłkach?		<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 1 lub mniej
Czy w diecie występuje białe pieczywo?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeśli tak to w ilu posiłkach?		<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 1 lub mniej
Czy spożywa Pan(i) fast food?	<input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> rzadziej		
Czy spożywa Pan(i) słodczy?	<input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> rzadziej		

Tab. 3 Wizyta edukacyjna – kontrolna.

<input type="checkbox"/> Wizyta edukacyjna – kontrolna (po 3 miesiącach) <input type="checkbox"/> Wizyta edukacyjna – kontrolna (po 6 miesiącach)							
						Data :	
Aktualny status aktywności fizycznej							
Czy podejmuje Pan/i regularną aktywność fizyczną?					<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Ile razy w tygodniu uprawia Pan(i) umiarkowaną* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)?	<input type="checkbox"/> 1-2 x w tygodniu	<input type="checkbox"/> 3-4 x w tygodniu	<input type="checkbox"/> częściej niż 4 x w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	_____ min		
Ile razy w tygodniu uprawia Pan(i) intensywną** aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)?	<input type="checkbox"/> 1-2 x w tygodniu	<input type="checkbox"/> 3-4 x w tygodniu	<input type="checkbox"/> częściej niż 4 x w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	_____ min		
* aktywność umiarkowana, tj. prowadząca do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca sport (np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz). ** aktywność intensywna, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).							
Jaką formę aktywności fizycznej zaczął/ęła Pani stosować	<input type="checkbox"/> bieganie <input type="checkbox"/> aerobik <input type="checkbox"/> pływanie <input type="checkbox"/> gry zespołowe (np. piłka nożna, siatkówka) <input type="checkbox"/> nordic-walking <input type="checkbox"/> jazda na rowerze/rolkach <input type="checkbox"/> sztuki walki <input type="checkbox"/> aerobik <input type="checkbox"/> inne – jakie? _____						
Jak ocenia Pani/Pan swój aktualny stan zdrowia w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
Jak ocenia Pani/Pan swoją sprawność fizyczną w skali od 1 (bardzo niska) do 5 (bardzo dobra)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
Zachowania żywieniowe							
Jak Pan/i ocenia swoje odżywianie się w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)?			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ilość posiłków w ciągu dnia?			<input type="checkbox"/> 3 lub mniej		<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 lub więcej	
Przerwy między posiłkami?			<input type="checkbox"/> 1-2h	<input type="checkbox"/> 3-4h	<input type="checkbox"/> 5-6h	<input type="checkbox"/> powyżej 6 h	
Czy w diecie występują warzywa lub owoce?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeśli tak to w ilu posiłkach?		<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 1 lub mniej

Czy w diecie występuje białe pieczywo?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeśli tak to w ilu posiłkach?	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 1 lub mniej
Czy spożywa Pan(i) fast food?	<input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> rzadziej	
Czy spożywa Pan(i) słodczy?	<input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> rzadziej	

Pomiary antropometryczne, parametry życiowe

masa ciała	____cm	wzrost	____kg	BMI [kg/m ²]	____
masa ciała (pomiędzy wizytą bilansową a wizytą edukacyjną kontrolną)			<input type="checkbox"/> spadek	<input type="checkbox"/> wzrost	<input type="checkbox"/> bez zmian
BMI [kg/m ²] (pomiędzy wizytą bilansową a wizytą edukacyjną kontrolną)			<input type="checkbox"/> spadek	<input type="checkbox"/> wzrost	<input type="checkbox"/> bez zmian
ciśnienie krwi (skurczowe)	____ mmHG	ciśnienie krwi (rozkurczowe)	____ mmHG	tętno	____
Czy wzięła Pan/i udział w edukacji specjalistycznej - dietetycznej? <i>Jeśli była zalecana</i>				<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Czy wdrożyła Pan/i zalecenia dot. odżywiania zlecone przez dietetyka? <i>Jeśli była zalecana</i>				<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Aktualny status nikotynowy *Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent wskazał, że pali papierowy i w trakcie wizyty edukacyjnej, został objęty edukacją w tym zakresie*

Czy pali Pan/i papierosy (w tym inne formy tytoniu, np. fajka)?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> palę w ograniczonym zakresie
<i>Jeśli tak</i> Czy podjęła Pan/i próbę rzucenia palenia?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
<i>Jeśli tak lub palę w ograniczonym zakresie</i> Ile sztuk dziennie?			Wynik testu Fagerstroma ____ pkt
Wskaż zastosowane metody wspomagające proces rzucania palenia (można wskazać więcej niż 1)	<input type="checkbox"/> plastry <input type="checkbox"/> gumi do żucia <input type="checkbox"/> tabletki do ssania <input type="checkbox"/> spray do nosa <input type="checkbox"/> szczepionka <input type="checkbox"/> e-papieros <input type="checkbox"/> metoda niekonwencjonalna (np. hipnoza, akupunktura, biorezonans) <input type="checkbox"/> żadne z powyższych – całkowita rezygnacja (bez wspomagania) <input type="checkbox"/> inne – jakie? _____		
<i>Jeśli nie</i> Podaj powód nie podjęcia próby rzucenia palenia (można wskazać więcej niż 1)	<input type="checkbox"/> brak dostatecznej motywacji <input type="checkbox"/> brak silnej woli <input type="checkbox"/> przeświadczenie o braku wpływu palenia na zdrowie <input type="checkbox"/> inne – jakie? _____		

Aktualny status alkoholowy *Jeśli na podstawie kwestionariusza bilansowego w IPPZ wskazano picie szkodliwe lub ryzyko uzależnienia, i w trakcie wizyty edukacyjnej pacjent został objęty edukacją w tym zakresie*

Czy podjęła Pan/i próbę ograniczenia spożycia alkoholu?					<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ): <i>Jeśli tak</i>	Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?	<input type="checkbox"/> nigdy	<input type="checkbox"/> 1 raz w m-cu lub rzadziej	<input type="checkbox"/> 2-4 razy w miesiącu	<input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> częściej niż 4 razy w tygodniu
	Ile porcji alkoholu wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 lub więcej
	Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?	<input type="checkbox"/> nigdy	<input type="checkbox"/> rzadziej niż raz w m-cu	<input type="checkbox"/> raz w miesiącu	<input type="checkbox"/> raz w tygodniu	<input type="checkbox"/> codziennie lub prawie codziennie
Aktualny wynik testu <i>Jeśli nie</i> Podaj powód nie podjęcia próby ograniczenia spożycia alkoholu					<input type="checkbox"/> brak dostatecznej motywacji <input type="checkbox"/> brak silnej woli	

(można wskazać więcej niż 1)		<input type="checkbox"/> przeświadczenie o braku wpływu alkoholu na zdrowie <input type="checkbox"/> inne – jakie? _____	
Inne używki <i>Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent wskazał, na stosowanie innych używek</i>			
Czy podjął/ęła Pan/i próbę ograniczenia stosowania wskazanej używki (jakiej) ?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<i>Jeśli nie</i> Podaj powód nie podjęcia próby ograniczenia stosowania danej używki (można wskazać więcej niż 1)		<input type="checkbox"/> brak dostatecznej motywacji <input type="checkbox"/> brak silnej woli <input type="checkbox"/> przeświadczenie o braku wpływu używki na zdrowie <input type="checkbox"/> inne – jakie? _____	
Informacja o wynikach badań przesiewowych, na które został skierowany pacjent w po badaniu bilansowym <i>Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent został zakwalifikowany do Programu profilaktycznego – w przypadku więcej niż 1 – multiplikacja pól do wypełnienia.</i>			
Czy wziął/ęła Pan/i udział w Programie profilaktycznym, zgodnie z zaleceniem?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<i>należy wskazać Program</i>			
Data badania		Wynik	<input type="checkbox"/> w normie <input type="checkbox"/> poza normą Zalecenia
Informacja o udziale w wizytach edukacyjnych specjalistycznych – psychologicznych <i>Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent został zakwalifikowany do wizyt edukacyjnych specjalistycznych – do wypełnienia bez udziału pacjenta</i>			
Czy pacjent został objęty edukacją specjalistyczną - psychologiczną, zgodnie z zaleceniem?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Czy potwierdzono podejrzenie depresji?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Czy skierowano pacjenta na dalsze leczenie poza POZ (PSY)?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie