

9. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK|_|, NIE |_|_|
10. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAK|_|, NIE |_|_|
11. Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAK|_|, NIE |_|_|
12. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:
- a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAK|_|, NIE |_|_|
- b) krwiotłucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAK|_|, NIE |_|_|
- c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAK|_|, NIE |_|_|
- d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAK|_|, NIE |_|_|
13. Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAK|_|, NIE |_|_|

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....
Data i Podpis świadczeniobiorcy

LEGENDA:

ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 1b, 1c, 1d, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12 - 1 PKT,

ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 1a, 2, 6, 11a, 11b, 11c, - 2 PKT.

LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

23 -10 podwyższone

9 - 1 umiarkowane

Wynik oceny na podstawie ankiety

U pacjenta stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowania na gruźlicę (uzyskał ≥ 9 punktów) i w porozumieniu z lekarzem poz, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje, został skierowany na dalszą diagnostykę i ewentualne leczenie do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc

(adres Poradni)

TAK|_|,

NIE |_|_|

.....
data, pieczęćka i podpis pielęgniarki poz