



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



CHECKLISTA

Imię i nazwisko.....

Data wypełnienia ankiety.....

PESEL:

Wykształcenie:

podstawowe zawodowe średnie wyższe

Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

Umysłowa Fizyczna Nie pracuje zawodowo

1. Masa ciała

2. Wzrost

3. Obwód pasa

4. Obwód bioder

5. Nadciśnienie tętnicze

Tak Nie

6. RR na prawej ręce

7. RR na lewej ręce

8. Częstość akcji serca

9. Miarowy rytm serca

Tak Nie

10. Szmer nad tętnicami szyjnymi?

Tak Nie

11. Cukrzyca leczona doustnie w wywiadzie

Tak Nie

12. Cukrzyca leczona insuliną w wywiadzie

Tak Nie

13. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej – przestrzeganie diety cukrzycowej w wywiadzie

Tak Nie

14. Zaburzenia gospodarki lipidowej – przestrzeganie diety ubogo-tłuszczowej w wywiadzie
Tak Nie
15. Migotanie przedsionków w wywiadzie
Tak Nie
15. Czy miewa Pan/Pani uczucie kołatania/nierównego bicia serca ?
Tak Nie
16. Czy pali Pani/Pan wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara) ?
Tak Nie
17. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?
1-5 papierosów
6-10 papierosów
11-15 papierosów
powyżej 16 papierosów
19. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?
Tak Nie
20. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?
(proszę wpisać rok).....
21. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?
Tak Nie
22. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?
Tak Jakiej mocy/ rodzaj..... Nie
23. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gummy do żucia, spray itd.)
.....
24. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?
Tak Nie
25. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?
codziennie
3-4 razy w tygodniu
1-2 razy w tygodniu
okazjonalnie

26. Jeżeli spożywasz alkohol – to jaki jest to zwykle rodzaj alkoholu i jaka objętość?

.....

27. Jak często spożywa Pan/ Pani ryby?

codziennie

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

okazjonalnie

w ogóle

28. Jak często spożywa Pan/ Pani słodkie napoje gazowane?

codziennie

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

okazjonalnie

w ogóle

29. Jak często spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa?

codziennie

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

okazjonalnie

w ogóle

30. Jeśli spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa codziennie – to ile porcji dziennie?

5

4

3

2

1

31. Czy regularnie uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną?

TAK

NIE

32. Jeśli uprawia Pan/Pani regularnie aktywność fizyczną – to ile razy w tygodniu?

1 x

2 x

Minimum 3 x

4 x

Minimum 5 x

6 x

Codziennie

33. Czy zażywa Pan/Pani substancje psychoaktywne?

Tak Nie

34. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zawroty głowy?

Tak Nie

35. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagłe zaniewidzenie na jedno oko?

Tak Nie

36. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani pole widzenia przesłonięte z jednej strony?

Tak Nie

37. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani osłabienie siły mięśniowej ręki i/lub nogi?

Tak Nie

38. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia wystawiania się/ kłopoty ze zrozumieniem mowy?

Tak Nie

39. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykrzywioną twarz?

Tak Nie

40. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia czucia?

Tak Nie

41. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagły bardzo silny ból głowy?

Tak Nie

42. Czy ktoś w Pan/Pani rodzinie chorował na udar? – jeśli tak to kto?

Tak Nie

43. Czy osoba, w ciągu ostatniego miesiąca, przebyła przemijający atak niedokrwienny, tj, epizod ogniskowego ubytku czynności ograniczonego obszaru mózgowia lub siatkówki, spowodowany niedokrwieniem w ramach jednego obszaru unaczynienia ośrodkowego układu nerwowego trwający nie dłużej niż 24 godziny manifestujący się: zaburzeniami mowy o charakterze afazji, niedowładem, zaburzeniami czucia lub też przemijającym zaniewidzeniem jednoocznym (amaurosis fugax)?

Tak Nie

43. Czy w związku z zaistnieniem sytuacji o której mowa w pkt. 43 osoba była diagnozowana? Jeśli tak to kiedy oraz jaka była diagnoza?

Tak Nie



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Nr telefonu kontaktowego E-mail

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego:

„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020”.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu, w tym w szczególności uczestniczenia w 2 wizytach lekarskich i wypełniania ankiet.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

.....

.....

(miejsce, data)

(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego „Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020” przez realizatora

.....,

- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i Umową Nr na realizację w/w programu.

.....

.....

(miejsce, data)

(podpis)