

UTWORZONY DNIA: _____

Imię i nazwisko:	PESEL:
------------------	--------

CZYNNIKI RYZYKA I STWIERDZONE CHOROBY CYWILIZACYJNE:

wiek ponad 40 lat u mężczyzny lub ponad 50 lat u kobiet	<input type="checkbox"/>	
płeć męska	<input type="checkbox"/>	
czynniki psychospołeczne (np. osoba mieszkająca samotnie)	<input type="checkbox"/>	
występowanie chorób sercowo-naczyniowych w rodzinie	<input type="checkbox"/>	
wywiad chorób nowotworowych w rodzinie (<i>wskazanych w KBZOD</i>)	<input type="checkbox"/>	
nieprawidłowe nawyki żywieniowe	<input type="checkbox"/>	
niska aktywność fizyczna	<input type="checkbox"/>	
nadużywanie alkoholu	<input type="checkbox"/>	
palenie tytoniu lub używanie innych wyrobów zawierających nikotynę (<i>aktywne, bierne lub w wywiadzie do 15 lat</i>)	<input type="checkbox"/>	
czynniki ryzyka chorób wątroby	<input type="checkbox"/>	
podejrzenie depresji lub rozpoznana depresja (<i>w oparciu o zweryfikowane podsumowanie KBZOD</i>)	<input type="checkbox"/>	
podejrzenie zaburzeń funkcji poznawczych (<i>w oparciu o mini-COG i podsumowanie KBZOD</i>)	<input type="checkbox"/>	
nadwaga lub otyłość (<i>na podstawie pomiarów antropometrycznych</i>)	<input type="checkbox"/>	
podwyższone wartości ciśnienia tętniczego lub rozpoznane nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	
spoczynkowa akcja serca ponad 80/min	<input type="checkbox"/>	
podwyższone stężenie glukozy we krwi lub rozpoznana cukrzyca	<input type="checkbox"/>	
nieprawidłowy lipidogram lub rozpoznana dyslipidemia	<input type="checkbox"/>	
nieprawidłowy poziom kreatyniny/eGFR/białkomocz lub rozpoznana przewlekła choroba nerek (PChN)	<input type="checkbox"/>	
nieprawidłowe wartości prób wątrobowych i/lub wyniku badania anty-HCV	<input type="checkbox"/>	
rozpoznana choroba sercowo-naczyniowa	<input type="checkbox"/>	
rozpoznana choroba płuc (np. POChP, astma)	<input type="checkbox"/>	
inne _____	<input type="checkbox"/>	
<p>Ryzyko sercowo-naczyniowe: oceniając ryzyko s-n należy korzystać ze zwalidowanych narzędzi, ale również brać pod uwagę dotychczas rozpoznane schorzenia pacjenta, obciążenia rodzinne czy inne czynniki ryzyka nieuwzględnione w skalach np. stres. Wielowątkowa ocena ryzyka s-n pozwala na oszacowanie globalnego ryzyka. Należy pamiętać, że pod uwagę bierze się zawsze najwyższe ryzyko sercowo-naczyniowe (tzw. "najgorszy" wynik).</p>	<input type="checkbox"/> wg Lp(a) mg/dl lub nmol/l (<i>dla osób do 40 roku życia</i>)	niskie/zwiększone/wysokie/ bardzo wysokie
	<input type="checkbox"/> wg SCORE2/SCORE2-OP % (<i>dla osób bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej, cukrzycy czy przewlekłej choroby nerek SCORE2 (u osób w wieku 40–69 lat) lub SCORE2-OP (u osób w wieku 70–89 lat)</i>)	niskie do umiarkowanego/ wysokie/bardzo wysokie
	<input type="checkbox"/> wg SCORE2-Diabetes % (<i>dla osób wieku 40–69 lat z cukrzycą typu 2, bez choroby sercowo-naczyniowej ani ciężkich uszkodzeń narządowych</i>)	niskie/umiarkowane/wysokie/ bardzo wysokie
	<input type="checkbox"/> globalne (<i>w przypadku niektórych schorzeń ryzyko sercowo-naczyniowe jest już wyjściowo co najmniej wysokie lub bardzo wysokie lub wymaga dodatkowego oszacowania (w PChN, otyłości, chorobie sercowo-naczyniowej i POChP).</i>)	niskie/umiarkowane/wysokie/ bardzo wysokie

ZALECENIA DOTYCZĄCE ZDROWEGO STYLU ŻYCIA I ZIDENTYFIKOWANYCH
CZYNNIKÓW RYZYKA, INDYWIDUALNY KALENDARZ BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH
ORAZ ZALECANE INTERWENCJE PROZDROWOTNE

<input type="checkbox"/> sposób odżywiania: _____ <input type="checkbox"/> redukcja masy ciała <input type="checkbox"/> zaprzestanie stosowania używek zawierających nikotynę (interwencja antynikotynowa) <input type="checkbox"/> zaprzestanie bądź ograniczenie spożycia alkoholu (interwencja antyalkoholowa) <input type="checkbox"/> aktywność fizyczna: wskazany wysiłek fizyczny 5x w tygodniu 30 min lub do zadyszki, aktywność fizyczna dostosowana do możliwości pacjenta <input type="checkbox"/> porada w zakresie redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego <input type="checkbox"/> inne _____		
<input type="checkbox"/> Cel terapeutyczny w zakresie LDL-C		_____
Badania:	<input type="checkbox"/> stężenie glukozy na czczo	<input type="checkbox"/> 1x/rok
	<input type="checkbox"/> lipidogram, HbA1C, RR i BMI, obwód talii (w przypadku wysokiego ryzyka oszacowanego na podstawie oznaczenia stężenia Lp(a))	<input type="checkbox"/> 1x/rok lub ____
	<input type="checkbox"/> profilaktyka raka szyjki macicy (kobiety w wieku 25–64 lat: klasyczna cytologia co 3 lata lub test HPV HR z genotypowaniem co 5 lat)	termin: ____
	<input type="checkbox"/> mammografia (kobiety w wieku 45-74 lat: mammografia co 2 lata)	termin: ____
	<input type="checkbox"/> FIT-OC	termin: ____
	<input type="checkbox"/> kolonoskopia (osoby w wieku 50-65 lat lub osoby w wieku 40-49 lat, jeśli krewny I stopnia miał raka jelita grubego)	termin: ____
	<input type="checkbox"/> inne...	termin: ____

Rekomendowane szczepienia:	szczepienie	zalecany schemat szczepienia

Zalecana konsultacja lekarza POZ: (jeśli wskazana - wypełnić w wypadku realizacji IPZ przez personel medyczny inny niż lekarz POZ)	<input type="checkbox"/> ...	
Inne zalecenia/uwagi:		

Oznaczenie pracownika medycznego opracowującego IPZ

.....
.....