



3. Czy mieszkający z Panem/Panią, czy też przebywający w Pana/Pani otoczeniu chorują/chorowali na gruźlicę? TAK | \_ |, NIE | \_ |
4. Czy jest Pan/Pani osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi? TAK | \_ |, NIE | \_ |
5. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu cukrzycy? TAK | \_ |, NIE | \_ |
6. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek? TAK | \_ |, NIE | \_ |
7. Czy określiłby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAK | \_ |, NIE | \_ |
8. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAK | \_ |, NIE | \_ |
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 | \_ |

.....  
data i podpis świadczeniobiorcy

### Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przeze mnie danych dla potrzeb realizacji świadczeń profilaktyki gruźlicy

.....  
data i podpis świadczeniobiorcy

### LEGENDA:

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 2c, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12d, 13, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 1 PKT,**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 2a, 2b, 3, 7, 12a, 12b, 12c, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 2 PKT.**

LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

24 -10                    podwyższone

9 - 1                      umiarkowane

**Wynik oceny na podstawie ankiety**

**U pacjenta stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowania na gruźlicę (uzyskał > 9 punktów) i został skierowany celem dalszej oceny stanu zdrowia do lekarza poz, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje.**

(adres Poradni) .....

TAK |  |

NIE |  |

.....

Data, oznaczenie pielęgniarki poz