



## 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

16 Czy miewa Pan/Pani uczucie kołatania/nierównego bicia serca?    Tak    Nie

17 Czy pali Pani/Pan wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)?    Tak    Nie

18 Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?

1-5 papierosów    11-15 papierosów

6-10 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                       1-2 razy w tygodniu  
 3-4 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                       1-2 razy w tygodniu                       w ogóle  
 3-4 razy w tygodniu               okazjonalnie
- 28 Jak często spożywa Pan/ Pani po słodkie napoje gazowane?  
 codziennie                       1-2 razy w tygodniu                       w ogóle  
 3-4 razy w tygodniu               okazjonalnie
- 29 Jak często spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa?  
 codziennie                       1-2 razy w tygodniu                       w ogóle  
 3-4 razy w tygodniu               okazjonalnie
- 30 Jeśli spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa codziennie - to ile porcji dziennie?  
 5                       3                       1  
 4                       2
- 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                       Minimum 3 x                       Minimum 5 x                       Codziennie  
 2 x                       4 x                       6 x
- 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, przeżyła 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
- 44 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