



7. Czy określiłby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAKI\_I, NIE I\_I
8. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAKI\_I, NIE I\_I
9. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAKI\_I, NIE I\_I
10. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAKI\_I, NIE I\_I
11. Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAKI\_I, NIE I\_I
12. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:
- a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAKI\_I, NIE I\_I
- b) krwioplucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAKI\_I, NIE I\_I
- c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAKI\_I, NIE I\_I
- d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAKI\_I, NIE I\_I
13. Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAKI\_I, NIE I\_I

.....  
 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) .....

**TAKI\_I,**

**NIE I\_I**

.....  
 Data, oznaczenie pielęgniarki poz