

INDYWIDUALNY PLAN ZDROWOTNY



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCyny RODZINNEJ



UTWORZONY DNIA _____

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

CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB CYWILIZACYJNYCH:

palenie tytoniu lub używanie innych wyrobów zawierających nikotynę	☐	
nadużywanie alkoholu	☐	
niska aktywność fizyczna	☐	
nieprawidłowe nawyki żywieniowe	☐	
nadwaga lub otyłość	☐	
podwyższone wartości ciśnienia tętniczego lub rozpoznane nadciśnienie tętnicze	☐	
spoczynkowa akcja serca ponad 80/min	☐	
rozpoznana choroba sercowo-naczyniowa	☐	
podwyższone stężenie glukozy we krwi lub rozpoznana cukrzyca	☐	
nieprawidłowy lipidogram lub rozpoznana dyslipidemia	☐	
nieprawidłowy poziom kreatyniny/eGFR/białkomocz lub rozpoznana przewlekła choroba nerek	☐	
podejrzenie depresji lub rozpoznana depresja	☐	
podejrzenie zaburzeń funkcji poznawczych	☐	
inne czynniki psychospołeczne	☐	
występowanie chorób sercowo-naczyniowych w rodzinie	☐	
występowanie chorób nowotworowych w rodzinie	☐	
wiek ponad 40 lat u mężczyzn lub ponad 50 lat u kobiet	☐	
pleć męska	☐	
inne _____	☐	
Ryzyko sercowo-naczyniowe:	☐ wg Lp(a) mg/dl	(niskie/zwiększone/wysokie/ bardzo wysokie)
	☐ wg SCORE2/SCORE2-Diabetes/SCORE2-OP %	(niskie lub umiarkowane/wysokie/ bardzo wysokie)
	☐ globalne	(niskie/umiarkowane/wysokie/ bardzo wysokie)



ZALECENIA DOTYCZĄCE STWIERDZONYCH CZYNNIKÓW RYZYKA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH:

Zalecenia dotyczące stylu życia i czynników ryzyka:	☐ sposób odżywiania: _____ ☐ aktywność fizyczna: wskazany wysiłek fizyczny 5x w tygodniu 30 min lub do zadyszki, aktywność fizyczna dostosowana do możliwości pacjenta ☐ inne _____	
Zalecane badania profilaktyczne:	☐ stężenie glukozy na czczo	☐ 1x/rok
	☐ profilaktyka raka szyjki macicy	termin: _____
	☐ mammografia	termin: _____
	☐ FIT-OC	termin: _____
	☐ kolonoskopia	termin: _____
	☐ inne...	termin: _____
Zakres edukacji/interwencji prozdrowotnych	☐ porada antynikotynowa ☐ porada w zakresie ograniczenia nadmiernego spożycia alkoholu ☐ porada edukacyjna w zakresie odżywiania ☐ porada w zakresie redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego ☐ inne...	
Zalecana konsultacja lekarza POZ:	☐	
Rekomendowane szczepienia:	szczepienie	zalecany schemat szczepienia
		
		
Inne zalecenia/uwagi:		

Oznaczenie lekarza/pielęgniarki opracowującego IPZ

.....

.....