**IPOF część I**

**Wywiad z Pacjentem**

1. **Dane personalne Uczestnika:**
   1. Imię i nazwisko ……………………………………………………..……………………………………………………………
2. Wiek Uczestnika w latach …………………………………..………………………………………………………………
3. Płeć: □kobieta □mężczyzna
4. Wykształcenie: □podstawowe □ średnie □wyższe
5. Zawód wykonywany obecnie lub w przeszłości ……………………….…………………………………………
6. Dane kontaktowe (telefon, e-mail) …………………………………………………………………………………….  
   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
7. Dane lekarza POZ (imię, nazwisko, telefon kontaktowy) …………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## Aktualny stan zdrowia Uczestnika:

1. Choroby przewlekłe (proszę wymienić):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Choroby wątroby:** □tak □nie

**Choroby nerek:** □tak □nie

**Alkohol:** □tak □nie

Jeśli tak, to ile ml w ciągu doby? (np. 1 puszka piwa, kieliszek czerwonego wina)

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

**Palenie papierosów:** □tak □nie

Jeśli tak, to ile sztuk dziennie ?

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

**Alergia:** □tak □nie

Jeśli tak, to na co?.......................................................................................................……………….

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….

**Stosowana specjalna dieta:** □tak □nie

Jeśli tak to jaka? (np. wegetariańska, bez laktozy, bez glutenu)

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

**Problemy ze snem:** □tak □nie

Jeśli tak, opisać jakie (np. problemy z zasypianiem, częste wybudzanie się)

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

**Aktywność fizyczna:** □tak □nie

Proszę określić typ aktywności (np. spacery, basen, ćwiczenia itp. – jaki typ, ile razy w tygodniu po ile minut) ………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Niezamierzony ubytek masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy:** □tak □nie

Jeśli tak, opisać............................................................................................................................

1. **Dane odnośnie stosowanych leków:**

Czy wystąpiły u Pana/Pani jakiekolwiek działania niepożądane związane ze stosowaniem leków? □tak □nie

Jeśli tak to jakie i po jakim leku?

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................

Czy zawsze zgłasza Pani/Pan lekarzowi fakt stosowania leków zleconych przez innych lekarzy? □tak □nie

Czy zna Pan/Pani nazwy stosowanych przez siebie leków? □tak □nie

Czy Pan/Pani wie jak stosować zaordynowane leki/(w tym pora stosowania/na czczo czy w trakcie/po posiłku/zalecenia specjalne - pożywienie mogące zaburzać wchłanianie)?

□tak □nie

Czy Pan/Pani pamięta zalecony schemat dawkowania?

□tak □nie

Jeśli nie, to dlaczego?...................................................................................................................

Jak często ma Pan/Pani trudności z pamiętaniem o zażyciu wszystkich leków?

□nigdy □raz na jakiś czas □czasami □zazwyczaj □przez cały czas

Czy przestrzeganie schematu przyjmowania leków było kiedykolwiek dla Pana/Pani uciążliwe? □tak □nie

Czy zdarzyło się Panu/Pani zapomnieć o zażyciu leków?

□tak □nie

Czy kiedykolwiek zdarzyło się Panu/Pani zmniejszyć dawkę lub przestać zażywać lek bez poinformowania lekarza, ponieważ poczuł/a się Pan/Pani gorzej po zażyciu?

□tak □nie

Czy zdarzyło się Panu/Pani zapomnieć zabrać ze sobą leki, gdy opuszczał/a Pan/Pani dom lub udawał/a się w podróż?

□tak □nie

Czy zdarzyło się Panu/Pani przerwać przyjmowanie leku, gdy odczuł/odczuła Pan/Pani, że objawy są pod kontrolą?

□tak □nie

Jak często ma Pan/Pani trudności z pamiętaniem o zażyciu wszystkich leków?

□nigdy □raz na jakiś czas □czasami □zazwyczaj □przez cały czas

Czy ma Pan/Pani trudności z przygotowaniem leku/połykaniem/czy postać jest dla Pana/Pani wygodna/inne?

□tak □nie

Jeśli tak, to jakie trudności występują?........................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Czy ma Pani/Pan problemy z dostępem do leku/zakupem? □tak □nie

Jeśli tak, to jakie?..........................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Samoocena stanu zdrowia:

□ bardzo dobra

□ dobra

□ średnia

□ zła

□ bardzo zła

Regularne wizyty u lekarzy – ilu i jakie specjalizacje?

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Hospitalizacje:

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Ocena poziomu stabilizacji problemów medycznych pacjenta:

□ bardzo dobra

□ dobra

□ średnia

□ zła

□ bardzo zła

Opinia pacjenta na temat wpływu problemów medycznych na jego sprawność i jakość życia

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Częstotliwość wykonywania pomiarów w samokontroli:

Glukoza: .....................................................................................................................................................

Ciśnienie tętnicze: .....................................................................................................................................................

Puls: .............................................................................................................................................

Inne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Osoba przeprowadzająca wywiad:

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………….. Data …………..……. Tel. Kontaktowy ………………..………………………………….

**PODSTAWOWE PARAMETRY:**

Glukoza ……………………………………………………………………………………………………………………… mg/dl

Ciśnienie krwi …………………………………………………………………………………………………………… mmHg

Puls ………………………………………………………………………………………………………………… uderzeń/min

Saturacja krwi ……………………………………………………………………………………..…………………………… %

Masa ciała ………………………………………………………………………………………………………………………. kg

BMI[[1]](#footnote-1)………………………………………………………………………………………………………………………………….…

Obwód w pasie ……………………………………………………………………………………………………………… cm

WHR[[2]](#footnote-2) ………………………………………………………………………………………………………………………………....

Wzrost …………………………………………………………………………………………………………………………… cm

**PROFIL LIPIDOWY:**

Cholesterol całkowity ………………………………………………………………………………………………… mg/dl

Cholesterol HDL ………………………………………………………………………………………………………… mg/dl

Cholesterol LDL ……….………………………………………………………………………………………………… mg/dl

Trójglicerydy ………………………………………….…………………………………………………………………… mg/dl

# Tabela. 1 Leki przyjmowane stale z zalecenia lekarskiego (w tym leki na receptę zalecone do stosowania doraźnego)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa handlowa leku** | **Nazwa międzynarodowa** | **Dawka** | **Postać leku** | **Dawkowanie ilość i pora przyjmowania leku\*** | | | | | | | | | |
| **Śniadanie** | | | **Obiad** | | | **Kolacja** | | | **Przed snem** |
| **>** | **=** | **<** | **>** | **=** | **<** | **>** | **=** | **<** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Proszę wpisać kiedy lek jest stosowany: **>** przed posiłkiem, **=** w trakcie posiłku, **<** po posiłku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa handlowa leku** | **Dawka**  **i postać leku** | **Na co Pan/Pani stosuje lek?** | **Uwagi zgłaszane w zakresie działań niepożądanych** | **Inne dodatkowe informacje związane ze stosowaniem leku** |
|
|
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |

# Tabela 2. Leki przyjmowane doraźnie (z wyłączeniem leków wydawanych na receptę)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa handlowa leku** | **Nazwa międzynarodowa** | **Dawka** | **Sposób**  **dawkowania** | **Przyczyna stosowania** | **Uwagi zgłaszane**  **w zakresie działań niepożądanych** | **Inne dodatkowe informacje związane**  **ze stosowaniem leku** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |

# Tabela 3. Inne produkty zdrowotne (suplementy, preparaty ziołowe, wyroby medyczne)[[3]](#footnote-3)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa lub skład produktu** | **Sposób stosowania** | **Dawkowanie** | **Przyczyna  stosowania** | **Uwagi zgłaszane**  **w zakresie działań niepożądanych** | **Inne dodatkowe informacje związane**  **ze stosowaniem produktu** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |

## Tabela 4. Samodzielne monitorowanie stanu zdrowia (wypełnić tylko pomiary związane ze zdiagnozowanym i leczonym schorzeniem przewlekłym pacjenta):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj pomiaru** | **Częstotliwość  (1/dzień, 1/tydzień itd.)** | **Data ostatniego pomiaru** | **Wynik ostatniego pomiaru** | **UWAGI** |
| Ciśnienie tętnicze |  |  |  |  |
| Stężenie glukozy we krwi |  |  |  |  |
| Szczytowy przepływ wydechowy |  |  |  |  |
| Inne  …………………………………………  ………………………………………… |  |  |  |  |

1. BMI – (Body Mass Index) stosunek masy ciała (kg) przez kwadrat wysokości (m) [↑](#footnote-ref-1)
2. WHR – (Waist-Hip Ratio) stosunek obwodu talii do obwodu bioder [↑](#footnote-ref-2)
3. ## Proszę uwzględnić wszystkie produkty stosowane doustnie, na skórę, błony śluzowe, wziewnie itp., w tym suplementy, witaminy, maści, kremy, inhalatory

   i inne urządzenia medyczne, nabywane również poza apteką [↑](#footnote-ref-3)