



Projekt „**Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu**”
nr POWR.05.01.00-00-0032/17 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Załącznik nr 1 do Umowy

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



Projekt „**Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu**”
nr POWR.05.01.00-00-0032/17 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

☐ 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

☐ 6-10 papierosów

☐ 11-15 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, gumy do żucia, spray itd.)

.....

24. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

☐ Tak ☐ Nie

25. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

☐ codziennie

☐ 3-4 razy w tygodniu

☐ 1-2 razy w tygodniu

☐ Okazjonalnie



Projekt „**Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu**”
nr POWR.05.01.00-00-0032/17 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

26. Jeżeli spożywasz alkohol – to jaki jest to zwykle rodzaj alkoholu i jaka objętość?

.....

27. Jak często spożywa Pan/ Pani ryby?

- ☐ codziennie
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ okazjonalnie
- ☐ w ogóle

28. Jak często spożywa Pan/ Pani słodkie napoje gazowane?

- ☐ codziennie
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ okazjonalnie
- ☐ w ogóle

29. Jak często spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa?

- ☐ codziennie
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ okazjonalnie
- ☐ w ogóle

30. Jeśli spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa codziennie – to ile porcji dziennie?

- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1

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



Projekt „**Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu**”
nr POWR.05.01.00-00-0032/17 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

☐ 2 x

☐ Minimum 3 x

☐ 4 x

☐ Minimum 5 x

☐ 6 x

☐ Codziennie

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



Projekt „**Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu**”
nr POWR.05.01.00-00-0032/17 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu
Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

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