

PROGRAM ZDROWOTNY URZĘDU MIASTA CZĘSTOCHOWY  
„PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA CUKRZYCY TYPU II U MIESZKAŃCÓW MIASTA  
CZĘSTOCHOWY Z ZESPOŁEM METABOLICZNYM NA LATA 2017-2021”

Ankieta dotycząca możliwości przeprowadzenia badań diagnostycznych w ramach Programu Zdrowotnego mającego na celu wykrycie cukrzycy typu II u osób z czynnikami zespołu metabolicznego.

NZOZ INTER-MED.

Ul. Kopernika 38

42-217 Częstochowa

Tel: 34 324 55 26      787 653 980      881 655 677

Program sfinansowany jest przez Urząd Miasta Częstochowy w ramach Programu Zdrowotnego, którego celem jest wczesne wykrywanie cukrzycy typu II w powiązaniu z zespołem metabolicznym.

Do badań diagnostycznych w ramach programu należą:

- badanie ciśnienia krwi
- badanie glikemii na czczo
- badanie lipidogramu
- określenie BMI oraz otyłości brzusznej

W określonych przypadkach, na zlecenie lekarza, mogą zostać zlecone dodatkowe badania:

- OGTT
- Holter RR

Do badań kwalifikują się osoby w wieku **40-60 lat**, które **nie leczą się na cukrzycę typu II** oraz u których **stwierdzono co najmniej 2** z poniższych czynników ryzyka:

- nadwaga/otyłość (BMI powyżej 25) lub obwód w talii powyżej 80 cm u kobiet, 94 cm u mężczyzn
- trójglicerydy powyżej  $>1,7$  mmol/l (150 mg/dl)
- HDL-C poniżej  $<1,0$  mmol/l (40 mg/dl) u mężczyzn i  $<1,3$  mmol/l (50 mg/dl) u kobiet
- ciśnienie tętnicze powyżej 130/80 mmHg

## ANKIETA KWALIFIKUJĄCA

Imię i nazwisko:.....

Wiek:.....lat

PESEL:

Telefon:.....Email:.....

Adres zamieszkania:.....

Waga:.....kg

Wzrost:.....cm

Wsp. BMI:.....

1. Czy cierpi Pani/Pan na nadwagę/otyłość?

TAK

NIE

NIE WIEM

2. Czy zostały u Pani/Pana stwierdzone podwyższone wartości trójglicerydów w badaniu cholesterolu?

TAK

NIE

NIE WIEM

3. Czy zostały u Pani/Pana stwierdzone obniżone wartości HDL-C w badaniu cholesterolu?

TAK

NIE

NIE WIEM

4. Czy zostało u Pani/Pana stwierdzone podwyższone ciśnienie tętnicze (powyżej 130/80 mmHg) lub czy leczy się Pani/Pan na nadciśnienie ?

TAK

NIE

NIE WIEM

**Do Programu kwalifikują się osoby, które na co najmniej 2 z powyższych pytań (1-4) odpowiedziały twierdząco.**

5. Czy została u Pani/Pana stwierdzona cukrzyca typu II?

TAK

NIE

NIE WIEM

**Osoby, które odpowiedziały twierdząco na pytanie nr 5 nie kwalifikują się do Programu.**

6. Jak odczuwa Pan/Pani poziom stresu w życiu codziennym oraz zawodowym?

a) wysoki – stresuję się bardzo często

b) umiarkowany – stresuję się w określonych sytuacjach

c) niski – rzadko kiedy odczuwam stres

7. Ile razy w tygodniu uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną (co najmniej 30minut dziennie)?

0

1

2

3

4

5 i więcej

8. Jak ocenia Pani swoje nawyki żywieniowe?

a) Staram się stosować zbilansowaną dietę, z dużą ilością warzyw, ryb, ewentualnie chudego mięsa.

b) Przeważnie jem potrawy smażone, spożywam dużo czerwonego mięsa i mało warzyw.

c) Nie przykładam wagi do tego jak się odżywiam.

d) Mam inne nawyki żywieniowe. Jakie?.....

Wyrażam zgodę na wykonanie badań diagnostycznych w ramach Programu Zdrowotnego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data..... Podpis.....