

2) Intensywną, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).

<input type="checkbox"/> nie uprawiam	<input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	<input type="checkbox"/> częściej niż 4 razy w tygodniu	łączny czas tygodniowo	_____ min
---------------------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------

Oświadczam, że nie rozpoznano u mnie dotychczas nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz przewlekłej choroby nerek

.....
data, podpis

Wyniki badania fizykalnego:

Obwód talii I_I_I_I_I cm Masa ciała: I_I_I_I, I_I_I kg Wzrost: I_I_I_I cm BMI: I_I_I, I_I

Pomiary ciśnienia tętniczego:

Należy przeprowadzić 3 pomiary w odstępie 1-2 minut oraz dodatkowy pomiar, jeżeli pierwsze dwa pomiary różniły się o >10 mmHg. Ostateczny pomiar stanowi średnią dwóch ostatnich pomiarów.

- 1. skurczowe: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I średnia (b+c) /2 I_I_I_I
- 2. rozkurczowe: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I średnia (b+c) /2 I_I_I_I

Tętno: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I średnia (b+c) /2 I_I_I_I

Wyniki badań biochemicznych:

- 1. cholesterol całkowity I_I_I_I mg/dl, 2. cholesterol LDL I_I_I_I mg/dl,
- 3. cholesterol HDL I_I_I_I mg/dl, 4. cholesterol nie-HDL I_I_I_I mg/dl,
- 5. trójglicerydy I_I_I_I mg/dl, 6. glukoza na czczo I_I_I_I mg/dl

Ocena ryzyka chorób układu krążenia:

1. 10-letnie ryzyko (zakończonych i niezakończonych zgonem) epizodów chorób układu sercowo-naczyniowego wg algorytmu SCORE 2: I_I_I

Zalecenia dla pacjenta:

- 1. Badanie zgodne z zalecanym interwałem - TAK I_I
- 2. Wskazana edukacja w zakresie:.....
- 3. Pacjenta skierowano na:
 - dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK I_I : *specjalność poradni*
 - na konsultacje do lekarza POZ – TAK I_I: ***
- 4. Pacjent pod kontrolą lekarza POZ poza programem - TAK I_I

Uwagi:.....

* Wzór zakresu danych w dokumentacji medycznej (SIMP)

** Wizyta może być osobista lub w formie teleporady

***Wypełnia pielęgniarka