

Wynik oceny BMI: |_|_|

Pomiary ciśnienia tętniczego:

1. skurczowe: a) |_|_|_|, b) |_|_|_|, c) |_|_|_|, d) |_|_|_| średnia (b+d)/2 |_|_|_|
2. rozkurczowe: a) |_|_|_|, b) |_|_|_|, c) |_|_|_|, d) |_|_|_| średnia (b+d)/2 |_|_|_|
3. tętno (30s x 2) a) |_|_|_|, b) |_|_|_|, c) |_|_|_|, d) |_|_|_|

Wyniki badań biochemicznych:

1. cholesterol całkowity |_|_|_| mg/dl,
2. cholesterol HDL |_|_|_| mg/dl,
3. cholesterol LDL |_|_|_| mg/dl,
4. trójglicerydy |_|_|_| mg/dl,
5. glukoza na czczo |_|_|_| mg/dl

Ocena ryzyka chorób układu krążenia:

1. ryzyko incydentu sercowo–naczyniowego wg algorytmu **SCORE:** |_|
- 2.

Zalecenia dla pacjenta:

1. Badanie zgodne z zalecanym interwałem - TAK |_|
2. Pacjenta skierowano na edukację - TAK |_|

.....
dane edukatora

3. Pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK |_| :

.....
specjalność medyczna poradni specjalistycznej

4. Pacjent pod kontrolą lekarza poz - TAK |_|

Ad. 2 Edukacja dotyczyła:.....

.....

.....

.....
data i podpis przeprowadzającego edukację

.....
podpis świadczeniobiorcy

.....
data badania

.....
pieczętka i podpis lekarza

Uwagi:.....

.....

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu email, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przeze mnie danych dla potrzeb realizacji świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia.

.....
data podpis

.....
świadczeniobiorcy