

INDYWIDUALNY PLAN ZDROWOTNY

UTWORZONY DNIA ____

Imię i nazwisko:	PESEL:
------------------	--------

CZYNNIKI RYZYKA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH:

Palenie tytoniu lub używanie innych wyrobów zawierających nikotynę	☐	
Nadużywanie alkoholu	☐	
Niska aktywność fizyczna	☐	
Nieprawidłowe nawyki żywieniowe	☐	
Nadwaga lub otyłość	☐	
Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego lub rozpoznane nadciśnienie tętnicze	☐	
Spoczynkowa akcja serca ponad 80/min	☐	
Rozpoznana choroba sercowo-naczyniowa	☐	
Podwyższone stężenie glukozy we krwi lub rozpoznana cukrzyca	☐	
Nieprawidłowy lipidogram lub rozpoznana dyslipidemia	☐	
Nieprawidłowy poziom kreatyniny/e-GFR/białkomocz lub rozpoznana przewlekła choroba nerek (PChN)	☐	
Podejrzenie depresji lub rozpoznana depresja	☐	
Podejrzenie zaburzeń funkcji poznawczych	☐	
Inne czynniki psychospołeczne	☐	
Występowanie chorób sercowo-naczyniowych w rodzinie	☐	
Występowanie chorób nowotworowych w rodzinie	☐	
Wiek ponad 40 lat u mężczyzn lub ponad 50 lat u kobiet	☐	
Płeć męska	☐	
Inne _____	☐	
Ryzyko sercowo-naczyniowe	☐ Wg Lp(a).....mg/dl	(niskie/ zwiększone/ wysokie/ bardzo wysokie)
	☐ Wg SCORE2/ SCORE2-Diabetes/ SCORE2-OP%	(niskie lub umiarkowane/ wysokie/ bardzo wysokie)
	☐ Globalne	(niskie/umiarkowane/ wysokie/ bardzo wysokie)

INDYWIDUALNY PLAN ZDROWOTNY

ZALECENIA DOTYCZĄCE STWIERDZONYCH CZYNNIKÓW RYZYKA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH

Zalecenia dotyczące stylu życia i czynników ryzyka	☐ Sposób odżywiania: _____ ☐ Aktywność fizyczna: wskazany wysiłek fizyczny 5x w tygodniu 30 min lub do zadyszki, aktywność fizyczna dostosowana do możliwości pacjenta ☐ Inne _____	
Zalecane badania profilaktyczne	☐ Stężenie glukozy na czczo	☐ 1x/rok
	☐ Profilaktyka raka szyjki macicy	Termin: _____
	☐ Mammografia	Termin: _____
	☐ FIT-OC	Termin: _____
	☐ Kolonoskopia	Termin: _____
	☐ Inne (...)	Termin: _____

Zakres edukacji/ interwencji prozdrowotnych	☐ Porada antynikotynowa ☐ Porada w zakresie ograniczenia nadmiernego spożycia alkoholu ☐ Porada edukacyjna w zakresie odżywiania ☐ Porada w zakresie redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego ☐ Inne...	
Zalecana konsultacja lekarza POZ	☐	
Rekomendowane szczepienia	Szczepienie	Zalecany schemat szczepienia
		
Inne zalecenia/uwagi		

Oznaczenie lekarza/pielęgniarki opracowującego IPZ

.....