# **INDYWIDUALNY PLAN ZDROWOTNY**

UTWORZONY DNIA \_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** | **PESEL:** |

**CZYNNIKI RYZYKA CHORÓB 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/eGFR/białkomocz lub rozpoznana przewlekła choroba nerek | | ☐ |
| 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) |

**ZALECENIA DOTYCZĄCE STWIERDZONYCH CZYNNIKÓW RYZYKA CHORÓB 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

…………………………………………………………………………………