# **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

…………………………………………………………………………………