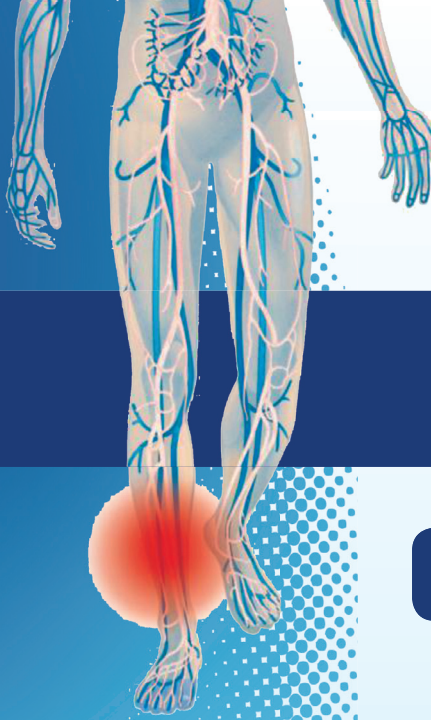




PROGRAM PORADENSTVA O VENÓZNYCH OCHORENIACH

FORMULÁR HLÁSENIE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA O PACIENTOVI

A. Údaje pacienta:

Protokol pacienta č. (poradové číslo pacienta)

Dátum návštevy 0 3 2012

Iniciály pacienta:

Rok narodenia pacienta:

B. Povinné údaje o lekárovi:

Poštová adresa:

Mobil:

Pečiatka lekára – opečiatkujte každý dotazník!

C. Nepovinné údaje o všeobecnom lekárovi, stačí zadať pri prvom pacientovi

(nepovinné údaje, ktoré ale môžu veľmi pomôcť pri hodnotení súčasnej situácie):

1. Váš vek

2. Dĺžka vašej praxe v primárnej starostlivosti (v rokoch)

3. Pohlavie ☐ Muž ☐ Žena

4. Umiestnenie vašej praxe: ☐ mestská ☐ vidiecka ☐ zmiešaná

5. Počet kapítovaných: do 1500 ☐ 1500 – 1700 ☐ 1700- 2000 ☐

2000- 2500 ☐ 2500 a viac ☐

**SPOLOČNÁ
INICIATÍVA:**





OPIS PACIENTA

... 1

Vek (v rokoch):

Pohlavie ☐ Muž ☐ Žena

BMI

... 2

Hmotnosť (údaj, ktorý udá pacient) kg

Výška (údaj, ktorý udá pacient) cm

... 3

Komorbidity pacienta:

Diabetes mellitus ☐ Polyneuropatia ☐ VAS LS s radikulopatiou ☐ ICHS ☐ Hypertenzia ☐ Pedes plani ☐



RIZIKOVÉ FAKTORY CHVO

... 4

Máte zamestnanie pri ktorom musíte dlho stáť na nohách? ☐ Áno ☐ Nie

Koľko hodín denne stojíte na nohách? hodín/denne

... 5

Máte sedavé zamestnanie? ☐ Áno ☐ Nie Koľko hodín denne strávite posediačky? hodín/denne

... 6

Cvičíte pravidelne?

Beh ☐ Bicykel ☐ Plávanie ☐ Cvičenie v telocvični ☐ posilovňa ☐ domáca rozcvička ☐ jóga ☐ 5 Tibeťanov ☐ prechádzky ☐
(Môžete zaškrtnúť jednu, alebo viac možností)

Ak áno uveďte aj koľkokrát a časový rozsah. Cvičím x týždenne, spolu hodín/týždenne

... 7

Uprednostňujete kúpeľ vo vani s horúcou vodou alebo radšej sprchovanie?

☐ Kúpeľ vo vani s horúcou vodou ☐ Striedanie teplej a studenej sprchy
☐ Horúca sprcha ☐ Zásadne studená sprcha

... 8

Aký typ stravy uprednostňujete?

☐ Pestrú stravu s dostatkom zeleniny, ovocia a hrubej vlákniny
☐ Fast-food (hamburger, kebab) ☐ Mäsité jedlá ☐ Som vegetarián ☐ Delená strava

... 9

Aký je Váš denný stravovací režim? Zaškrtnite:

☐ Raňajky ☐ Desiata ☐ Obed ☐ Olovrant ☐ Večera ☐ Druhá večera

... 10

Koľko tekutín vypijete každý deň?

☐ Menej ako 1,0 l ☐ Menej ako 1,5 l ☐ Menej ako 2 l ☐ Aspoň 2 l ☐ Viac ako 2 l

Čo pijete najviac?

☐ Vodu ☐ Bylinkové a ovocné čaje ☐ Mlieko ☐ Ovocné šťavy ☐ Minerálky ☐ Kolové nápoje ☐ Sladké nápoje

... 11

Koľko hodín denne šoférujete?

☐ nie som vodič ☐ do 2 hodín ☐ do 4 hodín ☐ do 6 hodín ☐ do 8 hodín ☐ viac ako 8 hodín

Koľko dní v týždni takto šoférujete?

... 12

Fajčili ste niekedy? ☐ nikdy ☐ som fajčiar ☐ prestal som
teraz ☐ pred mesiacom ☐ pred rokom ☐ 5 rokov a viac ☐ opakovane ☐ znovu fajčím ☐

Ak fajčíte alebo Ste prestali fajčiť, upresnite: denný počet cigariet ks, dĺžka fajčiarskeho návyku rokov

... 13

(Vzťahuje sa len na ženy) Koľko krát ste rodili?

Opúchali Vám nohy počas tehotenstva?

☐ Áno

☐ Nie

Nosili ste počas tehotenstva preventívne elastické pančuchy?

☐ Áno

☐ Nie

Užívali ste venoaktívny liek počas tehotenstva?

☐ Áno

☐ Nie

... 14

Ste v súčasnosti tehotná?

☐ Áno

☐ Nie

☐ Neviem

Ak áno, upresnite, v ktorom ste mesiaci?

☐ Neviem

Ak áno, opúchajú Vám nohy?

☐ Áno

☐ Nie

Ak áno, nosíte preventívne kompresívne pančuchy?

☐ Áno

☐ Nie

Ak áno, užívate venoaktívny liek počas tehotenstva

☐ Áno

☐ Nie



SKRÍNING CHRONICKÉHO ŽILOVÉHO OCHORENIA dolných končatín

... 15

Mal niekto z Vašej rodiny v minulosti venózne problémy s nohami ako sú opuchnuté nohy, pavúcie žily, varikózne žily, alebo vred na členku?

☐ Neviem

☐ Nie nikto

☐ Áno

Ak áno upresnite:

☐ deti

☐ súrodenci

☐ otec

☐ matka

☐ starí rodičia

... 16

Trpíte v súčasnosti niektorými z uvedených problémov s nohami? (Môžete zaškrtnúť jednu, alebo viac možností)

a) Pocit ťažkých nôh ☐ Áno ☐ Nie

e) Nočné kŕče ☐ Áno ☐ Nie

b) Bolesti v nohách ☐ Áno ☐ Nie

f) Pocit pálenia nôh ☐ Áno ☐ Nie

c) Opuchnuté nohy ☐ Áno ☐ Nie

g) Svrbenie ☐ Áno ☐ Nie

d) Denné kŕče ☐ Áno ☐ Nie

h) Tŕpnutie, mravčenie ☐ Áno ☐ Nie

... 17

Kedy sú vaše problémy s nohami najintenzívnejšie? (Môžete zaškrtnúť jednu, alebo viac možností)

a) ☐ Na konci dňa

d) ☐ Po dlhom sedení

e) ☐ V lete

b) ☐ V noci

e) ☐ V zime

g) ☐ Počas chôdze

c) ☐ Po dlhom státi

f) ☐ Po teplom kúpeli

h) ☐ Pred menštruáciou (ženy)

... 18

Máte aj teraz bolestivé opuchnuté nohy, pavúcie žily, varikózne žily, alebo vred na členku? ☐ Áno ☐ Nie ☐ Neviem

... 19

Boli ste PN v posledných troch rokoch pre ochorenie žíl dolných končatín?

☐ nie ☐ áno ☐ viac ako 1 mesiac ☐ opakovane

... 20

Boli ste liečení na ochorenie žíl dolných končatín: ☐ nie nikdy ☐ áno Ak áno upresnite:

☐ teraz ☐ pred mesiacom ☐ pred 6 mesiacmi ☐ pred rokom ☐ pred 5 rokmi ☐ dávno ☐ opakovane

... 21

Lieči/liečil Vás: ☐ Všeobecný lekár ☐ Angiológ ☐ Cievný chirurg ☐ Chirurg ☐ Kožný lekár ☐ Liečim sa sám

... 22

Ak áno, aká bola/je Vaša liečba na ochorenie žíl DK? (Môžete zaškrtnúť jednu aj viac možností)

a) ☐ Mastičky, gély

e) ☐ Skleroterapia

b) ☐ Venoaktívny liek (hesperidín + diosmín)

f) ☐ Kompresívna terapia

c) ☐ Iný venoaktívny liek

g) ☐ Chirurgická liečba

d) ☐ Potravínový doplnok(hesperidín+ diosmín+aescin)

... 23

Užíval som/Užívam venoaktívny liek na žily DK: ☐ nie nikdy ☐ áno Ak áno upresnite:

☐ iba teraz ☐ pravidelne a dlhodobo ☐ nepravidelne ☐ iba keď mám ťažkosti ☐ iba v lete ☐ iba v zime

Liečba mi pomohla/pomáha ☐ áno ☐ nie ☐ neviem

... 24

Nosím elastické pančuchy: ☐ nie ☐ áno Ak áno upresnite:

☐ iba teraz ☐ pravidelne a dlhodobo ☐ nepravidelne ☐ iba keď mám ťažkosti ☐ iba v lete ☐ iba v zime

... 25

Prejavy zistené lekárom na končatinách pacienta: (Môžete zaškrtnúť viac možností)

a) ☐ Bez viditeľných, alebo palpačných známkov venózneho ochorenia

e) ☐ Trofické zmeny na koži (pigmentácia, ekzém, lipodermatoskleróza, atrofia blanche)

b) ☐ Teleangiektázie, alebo retikulárne žily

f) ☐ C5 Zahojený venózne vred

c) ☐ Varikózne žily

g) ☐ C6 Aktívny venózne vred

d) ☐ Edém

... 26

Diagnostický záver lekára = klasifikácia ochorenia tohto pacienta podľa CEAP (Môžete zaškrtnúť iba jednu možnosť)
(**K**linická **E**tiologická **A**natomická **P**atofyziologická klasifikácia)

- | | |
|---|---|
| ☐ C0 Symptomatický, bez viditeľných, alebo palpačných známkov venózneho ochorenia | ☐ C1 Teleangiektázie, alebo retikulárne žily |
| ☐ C2 Varikózne žily | ☐ C3 Edém |
| ☐ C4 Trofické zmeny na koži (pigmentácia, ekzém, lipodermatoskleróza, atrofia blanche) | ☐ C5 Zahojený venózny vred predkolenia |
| | ☐ C6 Aktívny venózny vred |

... 27

Má tento pacient chronické ochorenie žil DK? ☐ Áno ☐ Nie

... 28

Myslíte si, že pacient potrebuje liečbu? ☐ Áno ☐ Nie

Ak áno, upresnite akú (Môžete zaškrtnúť jednu, alebo viac možností)

- | | | |
|--|--|---|
| a) ☐ Radu týkajúcu sa životného štýlu | c) ☐ Kompresnú terapiu | e) ☐ Skleroterapiu |
| b) ☐ Venoaktívny liek | d) ☐ Chirurgický zákrok | f) ☐ Iné |

... 29

Podľa vášho názoru, mal by byť tento pacient v starostlivosti (Môžete zaškrtnúť viac možností)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| ☐ všeobecného lekára | ☐ angiológa | ☐ angiochirurga | ☐ chirurga | ☐ dermatológa |
| Pacienta budem konzultovať so špecialistom | ☐ Áno | ☐ Nie | ☐ Už je v starostlivosti špecialistu | |

SKRÍNING HEMOROIDÁLNEHO OCHORENIA

... 30

Mal niekto z Vašej rodiny v minulosti problémy so zlatou žilou; bolestivé, zapálené, poprípade krvácajúce žilové uzly v oblasti konečníka?

- | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|
| ☐ Neviem | ☐ Nie nikto | ☐ Áno | | |
| Ak áno upresnite: | ☐ súrodenci | ☐ otec | ☐ matka | ☐ starí rodičia |

... 31

Boli Ste PN v posledných troch rokoch pre hemoroidy?

- ☐ nie ☐ áno ☐ viac ako 1 mesiac ☐ opakovane

... 32

Liečite sa, alebo Ste sa liečili na hemoroidy? ☐ nie nikdy ☐ áno Ak áno upresnite:

- | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|--|--|
| ☐ teraz | ☐ pred mesiacom | ☐ pred 6 mesiacmi | ☐ pred rokom | ☐ pred 5 rokmi | ☐ dávno | ☐ opakovane |
| Lieči/liečil Vás: | ☐ Všeobecný lekár | ☐ Angiológ | ☐ Cievy chirurg | ☐ Chirurg | ☐ Gastroenterológ | ☐ Liečim sa sám |

... 33

Ak áno, aká bola/je Vaša liečba na hemoroidy? (Môžete zaškrtnúť jednu aj viac možností)

- | | |
|--|--|
| a) ☐ Mastičky, čípky, gély, dubová kôra | d) ☐ Potravinový doplnok(hesperidín+ diosmín+ aescin) |
| b) ☐ Venoaktívny liek(hesperidin + diosmin) | e) ☐ Chirurgický zákrok na ambulancii |
| c) ☐ Iný venoaktívny liek | f) ☐ Chirurgická operácia v nemocnici |

... 34

Užíval som/Užívam na hemoroidy venoaktívny liek: Ak áno upresnite:

- | | | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ iba teraz | ☐ pravidelne a dlhodobo | ☐ nepravidelne | ☐ iba keď mám ťažkosti | ☐ iba v lete | ☐ iba v zime |
| Liečba mi pomohla/pomáha | ☐ áno | ☐ nie | ☐ neviem | | |

... 35

Pacient: Máte aj teraz problémy so zlatou žilou; bolestivé, zapálené, poprípade krvácajúce žilové uzly v oblasti konečníka?

- | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Áno | ☐ Nie | ☐ Neviem | Ak áno upresnite: | | |
| ☐ vonkajšie uzly | ☐ vnútorné uzly | ☐ sú bolestivé | ☐ zapálené | ☐ krvácajúce | ☐ svrbíace |
| ☐ mám ťažkosti pri stolici | ☐ uzly sú v pokoji a t.č. mi nerobia žiadne ťažkosti | | | | |

... 36

Lekár: Má pacient chronické hemoroidálne ochorenie? ☐ Áno ☐ Nie

... 37

Lekár: podľa vášho názoru, mal by byť tento pacient v starostlivosti (Môžete zaškrtnúť viac možností)

- | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|---|
| ☐ všeobecného lekára | ☐ angiológa | ☐ angiochirurga | ☐ chirurga | ☐ gastroenterológa |
| Pacienta budem konzultovať so špecialistom | ☐ Áno | ☐ Nie | ☐ Už je v starostlivosti špecialistu | |