



FORMULÁR HLÁSENIE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA O PACIENTOM

Dátum konzultácie: □□ □□ 20□□
Deň Mesiac Rok

Číslo pacienta:

Číslo výskumníka:

Krajina: SLOVAKIA

Prosím, na tomto mieste vyplňte čas, kedy ste začali vyplňať tento formulár: □□ : □□
Hodiny Minúty

SPOLOČNÁ INICIATÍVA:



OPIS PACIENTA

Nasledujúce otázky musí položiť zdravotná sestra alebo lekár a odpovedať musí pacient

••• 1

Vek (v rokoch):
Pohlavie (1) Muž (2) Žena

••• 2

Hmotnosť (údaj, ktorý udá pacient) kg
Výška (údaj, ktorý udá pacient) cm

RIZIKOVÉ FAKTORY CHVO

Nasledujúce otázky musí položiť lekár a odpovedať musí CHVO pacient

••• 3

Mal váš otec alebo matka v minulosti venózne problémy s nohami, ako sú opuchnuté nohy, pavúčie žily, varikózne žily alebo vred na členku? (1) Áno (0) Nie (9) Neviem
Ak áno, prosím, upresnite (1) Obidvaja (2) Iba otec (3) Iba matka

••• 4

Mali ste niekedy krvnú zrazeninu v žile alebo nohe? (1) Áno (0) Nie (9) Neviem

••• 5

Koľko hodín denne strávite na nohách? hodín/denne

••• 6

Koľko hodín denne strávite posediačky? hodín/denne

••• 7

Cvičíte pravidelne? (1) Áno (0) Nie
Ak áno, upresnite hodín/týždenne

••• 8

Fajčili ste niekedy? (1) Nikdy (0) Som fajčiar (9) Prestal som

••• 9

Zamestnanie
(1) Na plný úväzok (3) Nezamestnaný (5) Na dôchodku
(2) Čiastočný úväzok (4) Študent (6) Iné

••• 10

(Vzťahuje sa len na ženy) Koľkokrát ste rodili?

••• 11

- (Vzťahuje sa len na ženy) Užívate antikoncepčné tablety? (1) Áno (0) Nie
 Ak áno: prejdite na otázku 13
 Ak nie: Ste v súčasnosti tehotná? (1) Áno (0) Nie (9) Neviem
 Ak áno, upresnite, v koľkom ste mesiaci? (9) Neviem

••• 12

- (Vzťahuje sa len na ženy, ktoré neužívajú antikoncepčné tablety)
 Mali ste už menopauzu? (1) Áno (0) Nie (9) Neviem
 Ak áno, užívate hormonálnu substitučnú terapiu? (1) Áno (0) Nie (9) Neviem

SKRÍNING CHRONICKÉHO VENÓZNEHO OCHORENIA

••• 13

- Trpíte v súčasnosti niektorými z uvedených problémov s nohami? (Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)
- | | | | |
|----------------------|---|---------------------|---|
| a) Pocit ťažkých nôh | (1) <input type="checkbox"/> Áno (0) <input type="checkbox"/> Nie | e) Nočné kŕče | (1) <input type="checkbox"/> Áno (0) <input type="checkbox"/> Nie |
| b) Bolesti v nohách | (1) <input type="checkbox"/> Áno (0) <input type="checkbox"/> Nie | f) Svrbenie | (1) <input type="checkbox"/> Áno (0) <input type="checkbox"/> Nie |
| c) Pocit opuchnutia | (1) <input type="checkbox"/> Áno (0) <input type="checkbox"/> Nie | g) Pocit špendlíkov | |
| d) Pocit pálenia | (1) <input type="checkbox"/> Áno (0) <input type="checkbox"/> Nie | a Ihel v nohách | (1) <input type="checkbox"/> Áno (0) <input type="checkbox"/> Nie |

••• 14

- Kedy sú vaše problémy s nohami najintenzívnejšie? (Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)
- | | |
|---|---|
| a) <input type="checkbox"/> Na konci dňa | f) <input type="checkbox"/> Po teplom kúpeli |
| b) <input type="checkbox"/> V noci | g) <input type="checkbox"/> Počas chôdze |
| c) <input type="checkbox"/> Po dlhom státi | h) <input type="checkbox"/> (Vzťahuje sa len na ženy) Pred menštruáciou |
| d) <input type="checkbox"/> Po dlhom sedení | i) <input type="checkbox"/> Iné |
| e) <input type="checkbox"/> V lete | |

••• 15

- Máte teraz opuchnuté nohy, pavúcie žily, varikózne žily alebo vred na členku?
 (1) Áno (0) Nie (9) Neviem

••• 16

- Podstúpili ste liečbu alebo sa v súčasnosti liečite v súvislosti s ochorením nôh?
 (1) Áno (0) Nie (9) Neviem

••• 17

- Dostali ste niekedy radu týkajúcu sa vášho životného štýlu ako dôsledok vašich problémov s nohami?
 (1) Áno (0) Nie (9) Neviem
 Ak áno, od koho? (Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)
- | | |
|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> Od lekára | d) <input type="checkbox"/> Z médií (časopisy, noviny, TV, rádio...) |
| b) <input type="checkbox"/> Od rodiny alebo priateľov | e) <input type="checkbox"/> Iné |
| | c) <input type="checkbox"/> Internet |

••• 18

Boli ste niekedy liečený alebo v súčasnosti podstupujete liečbu venózneho ochorenia nôh?

(1) Áno (0) Nie (9) Neviem

Ak áno, akú liečbu ste dostávali alebo v súčasnosti dostávate na venózne ochorenie nôh?
(Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)

a) Venoaktívny liek d) Skleroterapia

b) Kompresívna terapia e) Iné

c) Antikoagulačná liečba

Podstúpili ste niekedy chirurgický zákrok ako dôsledok venózneho ochorenia nôh?

(1) Áno (0) Nie (9) Neviem

Na nasledujúce otázky musí odpovedať lekár

••• 19

Radil sa s vami tento pacient o svojich venózných problémoch s nohami?

(1) Áno

(0) Nie

VYŠETRENIE NÔH OD KOLIEN DOLU

••• 20

Klinické vyšetrenie dolných končatín podľa CEAP klasifikácie (Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)

C0 Bez viditeľných alebo palpačných známk

C4 Zmeny na koži (pigmentácia, ekzém, venózne ochorenia, lipodermatoskleróza, atrofia blanche)

C1 Teleangiektázie alebo retikulárne žily

C5 Zahojený venózný vred

C2 Varikózne žily

C6 Aktívny venózný vred

C3 Edém

••• 21

Má pacient, podľa vášho názoru, chronické venózne ochorenie?

(1) Áno

(0) Nie

LIEČBA

••• 22

Myslíte si, že pacient potrebuje liečbu?

(1) Áno (0) Nie

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

a) Radu týkajúcu sa životného štýlu

d) Antikoagulačnú liečbu

b) Venoaktívny liek

e) Skleroterapiu/endovenóznou abláciu/otvorený chirurgický zákrok

c) Kompresnú terapiu

f) Iné

••• 23

Mal by byť tento pacient, podľa vášho názoru, odporučený k špecialistovi na venózne ochorenia?

(1) Áno (0) Nie (2) Už je v starostlivosti odborníka

Prosím, na tomto mieste vyplňte čas, kedy ste skončili s vyplňaním tohto formuláru:

□□ : □□
Hodiny Minúty

Ak ste odpovedali na otázku 21 „Áno“, dajte, prosím, pacientovi formulár Short-CIVIQ
(vyplnenie bude trvať iba 5 minút)