

PORADENSTVO VENÓZNYCH OCHORENIACH

V AMBULANCIÁCH VLD

Protokol pacienta č.

Dátum návštevy: 2011
deň mesiac

Iniciály pacienta: Rok narodenia pacienta:

Údaje pre zlosovanie:

Pečiatka lekára s čitateľným menom a priezviskom – opečiatkujte každý dotazník!

Poštová adresa:

Mobil.

Údaje o všeobecnom lekárovi, stačí zadať pri prvom pacientovi:

1. Váš vek.

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

3. Pohlavie.

4. Umiestnenie vašej praxe: 1. mestská 2. vidiecka 3. zmiešaná

SPOLOČNÁ INICIATÍVA:



OPIS PACIENTA

••• 1

Vek (v rokoch):

Pohlavie Muž Žena

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

••• 2

Hmotnosť (údaj, ktorý udá pacient) kg

Výška (údaj, ktorý udá pacient) cm

RIZIKOVÉ FAKTORY CHVO

••• 3

Mal niekto z vašej rodiny v minulosti venózne problémy s nohami, ako sú opuchnuté nohy, pavúčie žily, varikózne žily alebo vred na členku? áno nie neviem

Ak áno, prosím, upresnite súrodenci iba otec iba matka

Musel byť z tohto dôvodu operovaný? áno nie neviem

••• 4

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

Ak áno, prosím, spresnite súrodenci iba otec iba matka

Musel byť z tohto dôvodu operovaný? áno nie neviem

••• 5

Boli ste vy alebo niekto z vašej rodiny niekedy liečený na trombózu žíl dolných končatín? áno nie neviem

Ak áno, prosím, spresnite ja súrodenci iba otec iba matka

••• 6

Mali ste vy alebo niekto z vašej rodiny niekedy embóliu pľúc? áno nie neviem

Ak áno, prosím, spresnite ja súrodenci iba otec iba matka

••• 7

Koľko hodín denne strávite na nohách? hodín/denne

••• 8

Koľko hodín denne strávite posediačky? hodín/denne

••• 9

Cvičíte pravidelne? áno nie

Ak áno, spresnite hodín/týždenne

••• 10

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

••• 11

Aký typ stravy uprednostňujete? pestrú stravu s dostatkom zeleniny, ovocia a hrubej vlákniny fast-food (čína, hamburger, kebab)

skôr mäsité jedlá skôr som vegetarián

••• 12

Aký je váš denný stravovací režim? *Zaškrtnite:*

- raňajky desiata obed olovrant večera druhá večera
 iné (*popíšte*):

••• 13

Kolko tekutín vypijete každý deň? menej ako 2 litre aspoň 2 litre viac ako 2 litre

••• 14

Kolko hodín denne šoférujete?

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

••• 15

Fajčili ste niekedy? nikdy som fajčiar prestal som

Ak ste, alebo ste boli fajčiar, spresnite dĺžku návyku (roky) a priemerný denný počet vyfajčených cigariet

/ (*priemerný denný počet cigariet/dĺžka*)

••• 16

(*Vzťahuje sa len na ženy*) Kolkokrát ste rodili?

Nosili ste počas tehotenstva preventívne elastické pančuchy? áno nie

Užívali ste počas tehotenstva venoaktívny liek? áno nie

••• 17

(*Vzťahuje sa len na ženy*) Užívate antikoncepcčné tablety? áno nie

Ak nie: Ste v súčasnosti tehotná? áno nie neviem

Ak áno, spresnite, v ktorom ste mesiaci? neviem Ak áno, opúchajú vám nohy? áno nie

Ak áno, nosíte preventívne kompresívne pančuchy? áno nie

Užívate počas tehotenstva venoaktívny liek? áno nie

••• 18

(*Vzťahuje sa len na ženy, ktoré neužívajú antikoncepcčné tablety*) Mali ste už menopauzu?

- áno nie neviem Ak áno, užívate hormonálnu substitučnú terapiu? áno nie neviem

SKRÍNING CHRONICKÉHO VENÓZNEHO OCHORENIA

••• 19

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) Svrbenie áno nie
c) Pocit opuchnutia áno nie g) Pocit špendlíkov a ihliel v nohách áno nie
d) Pocit pálenia áno nie

••• 20

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

- a) na konci dňa b) v noci c) po dlhom státi d) po dlhom sedení f) po teplom kúpeli
g) počas chôdze h) (*Vzťahuje sa len na ženy*) pred menštruáciou e) v lete i) iné

••• 21

Máte teraz (*ak áno, zaškrtnite*):

- opuchnuté nohy pavúcie žily varikózne žily
 vred na predkolení nemám žiadne ťažkosti so žilami neviem

••• 22

Máte teraz (ak áno, zaškrtnite) problémy so zlatou žilou: áno nie neviem
Máte: vonkajšie uzly vnútorné uzly Uzly sú: bolestivé zapálené krvácajúce svrbiace
Uzly sú v pokoji a toho času mi nerobia žiadne ťažkosti neviem

••• 23

Boli ste niekedy liečený, alebo v súčasnosti podstupujete liečbu ochorenia žíl? áno nie neviem
Ak áno, išlo o: ochorenie žíl DK zlatú žilu
Ak áno, liečil/lieči vás: všeobecný lekár angiológ chirurg cievny chirurg
Boli ste práceneschopný pre ochorenie žíl DK zlatú žilu Odhadnite dĺžku PN:

Ak ste sa liečili alebo ste liečený:
- akú liečbu ste dostávali, alebo v súčasnosti dostávate na ochorenie žíl DK? (Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)
a) venoaktívny liek b) kompresívna terapia c) skleroterapia d) iné
Podstúpili ste niekedy chirurgický zákrok ako dôsledok ochorenia žíl DK? áno nie neviem
- akú liečbu ste dostávali, alebo v súčasnosti dostávate na hemoroidálne ochorenie? (Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)
a) liečim sa sám mastičkami, čapíkmi, gémi... c) chirurgický zákrok
b) lekár mi predpísal aj venoaktívny liek d) iné

••• 24

Odkiaľ ste získali informácie dotýkajúce sa vášho ochorenia (podstata ochorenia, preventívna životospráva, spôsoby liečby)?
a) od ošetrojúceho lekára b) od rodiny alebo priateľov c) internet
d) z médií (časopisy, noviny, TV, rádio...) e) iné

Na nasledujúce otázky musí odpovedať lekár

••• 25

Radil sa už v minulosti s vami tento pacient o svojich venózných problémoch? áno nie

VYŠETRENIE NÔH OD KOLIEN DOLU

••• 26

Klinické vyšetrenie dolných končatín podľa CEAP klasifikácie (Môžete zaškrtnúť jednu, alebo viac možností)
C0 bez viditeľných, alebo palpačných známkov venózneho ochorenia
C1 teleangiektázie alebo retikulárne žily C4 zmeny na koži (pigmentácia, ekzém, lipodermatoskleróza, atrofia blanche)
C2 varikózne žily C5 zahojený venózný vred
C3 Edém C6 aktívny venózný vred

••• 27

Má pacient chronické ochorenie žíl DK? áno nie Má pacient chronické hemoroidálne ochorenie? áno nie

LIEČBA

••• 28

Myslíte si, že pacient potrebuje liečbu? áno nie Ak áno, spresnite akú (Môžete zaškrtnúť jednu alebo viac možností)
a) radu týkajúcu sa životného štýlu b) venoaktívny liek c) kompresnú terapiu
d) chirurgický zákrok e) skleroterapiu f) iné

••• 29

Podľa vášho názoru, mal by byť tento pacient odoslaný k špecialistovi na venózne ochorenia?
 áno nie už je v starostlivosti odborníka

••• 30

Myslíte si, že organizácia takéhoto edukačného projektu v ambulanciách všeobecných lekárov je potrebná a užitočná?
 áno nie neviem