

Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności
VIP2030
KWESTIONARIUSZ BADANIA PODSTAWOWEGO

I. DANE IDENTYFIKACYJNE

1. Nazwisko [][][] Imię [][][]
(3 pierwsze litery)

2. Nr województwa [][][] 3. Nr gminy [][][]

4. Nr rejestru respondenta [][][][][]

5. Data badania (dzień, miesiąc, rok) [][][] 2 0 [][][][][][]

II. DANE DEMOGRAFICZNE

1. Płeć 1. mężczyzna 2. kobieta

2. Proszę podać datę urodzenia [][][] [][][] [][][][][]
(dzień, miesiąc, rok)

3. Jaki jest Pana(i) stan cywilny?

1. mężatka, żonaty 3. panna, kawaler
2. wdowa, wdowiec 4. rozwiedziony, separacja

Uwaga: osoby mieszkające razem bez ślubu koduj jako zamężne

4. Jaki jest Pana(i) wykształcenie?

1. niepełne podstawowe lub brak wykształcenia 4. zasadnicze zawodowe 7. policealne
2. podstawowe 5. niepełne średnie 8. niepełne wyższe
3. gimnazjalne 6. średnie 9. wyższe

5. Jaki jest przeciętny miesięczny dochód netto (po odliczeniu wszystkich podatków „na rękę”) przypadający na jedną osobę w Pana(i) rodzinie (gospodarstwie domowym)?

1. od 801-1000 zł 3. od 1501 -2000 zł 5. nie wiem trudno powiedzieć
2. od 1001-1500 zł 4. powyżej 2001 zł 6. odmowa odpowiedzi

III. DANE DOTYCZĄCE PRACY I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

1. Jaka jest Pana(i) obecna sytuacja zawodowa (główne źródło utrzymania)?		
1. <input type="checkbox"/> pracuję na pełnym etacie	6. <input type="checkbox"/> prowadzę gospodarstwo domowe (przejdź do pyt 6)	Q0301
2. <input type="checkbox"/> prowadzę działalność gospodarczą	7. <input type="checkbox"/> jestem emerytem/rencistą (przejdź do pyt 6)	
3. <input type="checkbox"/> pracuję na etacie w niepełnym wymiarze godzin	8. <input type="checkbox"/> jestem bezrobotny (a) na zasiłku (przejdź do pyt 6)	
4. <input type="checkbox"/> uczę się (szkoła, studia) (przejdź do pyt. 3)	9. <input type="checkbox"/> jestem bezrobotny (a) bez prawa do zasiłku (przejdź do pyt 6)	
5. <input type="checkbox"/> prowadzę gospodarstwo rolne	10. <input type="checkbox"/> inna	
2. Czy Pana(i) praca zawodowa ma charakter:		
1. <input type="checkbox"/> pracy ciężkiej fizycznie (przynajmniej 50% czasu spędza Pan(i) na wykonywaniu ciężkiej fizycznej pracy)		Q0302
2. <input type="checkbox"/> pracy siedzącej (więcej niż połowę czasu pracy spędza Pan(i) siedząc lub stojąc)		
3. <input type="checkbox"/> innej, nie mieszczącej się w wymienionych dwóch rodzajach		
3a. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni/12 tygodni/roku był (a) Pan (i) nieobecny(a) w pracy/szkole z powodu problemów zdrowotnych?		
1. <input type="checkbox"/> tak, w ciągu ostatnich 4 tygodni	3. <input type="checkbox"/> tak, w ciągu ostatniego roku	Q0303
2. <input type="checkbox"/> tak, w ciągu ostatnich 12 tygodni	4. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pytania 4)	
3b. Ile dni był (a) Pan (i) nieobecny(a) z powodu choroby? <input type="text"/>		Q0304
4. W jaki sposób zazwyczaj przebywa Pan(i) drogę z domu do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem (Proszę wskazać tylko jedną odpowiedź)		
1. <input type="checkbox"/> środkami komunikacji miejskiej (przejdź do pyt 7)		Q0305
2. <input type="checkbox"/> samochodem osobowym (przejdź do pyt 7)		
3. <input type="checkbox"/> hulajnogą elektryczną (przejdź do pyt 7)		
4. <input type="checkbox"/> jeżdżę rowerem, na deskorolce, na rolkach		
5. <input type="checkbox"/> chodzę pieszo		
6. <input type="checkbox"/> pracuję z domu (przejdź do pyt 7)		
5. Ile minut dziennie zajmuje Panu(i) dojście lub dojechanie rowerem/na deskorolce/na rolkach do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem?		
1. <input type="checkbox"/> mniej niż 15 min.	3. <input type="checkbox"/> od 31-60 min.	Q0306
2. <input type="checkbox"/> od 15 do 30 min.	4. <input type="checkbox"/> ponad godzinę	
<i>Proszę przejść do pytania nr 7</i>		
6a. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni był(a) Pan(i) zmuszony(a) zrezygnować ze swoich codziennych aktywności z powodu problemów zdrowotnych?		Q0307

1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pytania nr 7)	
---------------------------------	---	--

6b. Proszę podać liczbę dni, których to dotyczyło	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Q0308
--	--	-------

7. Czy wykonuje Pan (i) poniższe czynności?
Proszę wpisać X w zależności czy respondent wykonuje czynność. Jeśli tak proszę określić w jakich miesiącach (zaznaczyć X) oraz wpisać liczbę podejmowania aktywności na miesiąc i średni czas wykonywania czynności. Jeśli Respondent nie wykonuje danej czynności proszę przejść do następnej.

	Czy czynność jest wykonywana ?		W jakich miesiącach ?												Ile razy w miesiącu ??	Jaki jest średni czas wykonywania czynności (jednorożowo, w minutach)	
	tak	nie	st	lu	m	k	m	cz	li	si	w	pa	lis	gr			
			y	t	ar	wi	aj	e	p	er	rz	ż		u			
a) Spacerowanie																	Q0309
b) nordic walking																	Q0310
c) jeżdżenie rowerem																	Q0311
d) bieganie																	Q0312
e) ćwiczenia w domu																	Q0313
f) ćwiczenia na siłowni																	Q0314
g) pływanie																	Q0315
h) taniec, aerobik, balet																	Q0316
i) inny rodzaj aktywności/ sportu - proszę poniżej wpisać jaki:																	
																	Q0317
																	Q0318
																	Q0319

Jeśli Respondent we wszystkich punktach tabeli zaznaczył NIE proszę zadać pytanie nr 8, jeśli choć raz zaznaczył TAK proszę przejść do pytania nr 9

8. Dlaczego nie wykonuje Pan(i) żadnych aktywności w czasie wolnym? (Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)		
1. <input type="checkbox"/> brak czasu	4. <input type="checkbox"/> stan zdrowia nie pozwala	Q0320
2. <input type="checkbox"/> nie mam ochoty	5. <input type="checkbox"/> pracuję ciężko fizycznie	
3. <input type="checkbox"/> nie mam takiej potrzeby	6. <input type="checkbox"/> inne	

9. Ile czasu w ciągu dnia roboczego spędza Pan(i) przed ekranem telewizora, komputera, tabletu lub telefonu?	
---	--

1. <input type="checkbox"/> mniej niż godzinę	4. <input type="checkbox"/> 5-6 godzin	
2. <input type="checkbox"/> 1-2 godziny	5. <input type="checkbox"/> ponad 6 godzin	
3. <input type="checkbox"/> 3-4 godziny		
10. Ile czasu w ciągu dni wolnych spędza Pan(i) przed ekranem telewizora, komputera, tabletu lub telefonu?		
1. <input type="checkbox"/> mniej niż godzinę	4. <input type="checkbox"/> 5-6 godzin	Q0321
2. <input type="checkbox"/> 1-2 godziny	5. <input type="checkbox"/> ponad 6 godzin	
3. <input type="checkbox"/> 3-4 godziny		
11. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatniego tygodnia (7 dni), w których wykonywał (a) Pan (i) intensywny wysiłek fizyczny (tj. zmuszający do silnie wzmożonego oddychania i przyspieszonej akcji serca), np. przenoszenie ciężkich rzeczy, rąbanie drzewa, odśnieżanie lub kopanie w ogródku. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo co najmniej 10 minut.		Q0322
1. Liczba dni w ostatnim tygodniu <input type="text"/>	2. <input type="checkbox"/> nie wykonywałem takiej czynności (proszę przejść do pytania nr 13)	
12. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/Pani zwykle w jednym z tych dni na intensywny wysiłek fizyczny w ogródku, w domu, przy opiece nad rodziną (bez pracy zawodowej)		Q0323
<input type="text"/> godzin <input type="text"/> minut		
13. Proszę podać liczbę dni w ciągu ostatniego tygodnia (7 dni), w których wykonywał (a) Pan (i) umiarkowany wysiłek fizyczny (tj. przeciętny, zmuszający do nieco wzmożonego oddychania i przyspieszonej akcji serca), np. przenoszenie lekkich rzeczy, zamiatanie, mycie okien, podłóg, grabienie w ogródku, sprząatanie. Proszę wziąć pod uwagę tylko taki wysiłek fizyczny, który zajmuje jednorazowo co najmniej 10 minut.		Q0324
1. Liczba dni w ostatnim tygodniu <input type="text"/>	2. <input type="checkbox"/> nie wykonywałem takiej czynności (proszę przejść do części IV)	
14. Proszę podać ile czasu łącznie poświęca Pan/Pani zwykle w jednym z tych dni na umiarkowany wysiłek fizyczny w ogródku, w domu, przy opiece nad rodziną (bez pracy zawodowej)		Q0325
<input type="text"/> godzin <input type="text"/> minut		

IV. PALENIE TYTONIU

A. PALENIE TYTONIU aktualnie

1a. Czy aktualnie pali Pan(i) klasyczne papierosy?			
1. <input type="checkbox"/> tak, regularnie (co najmniej 1 papieros dziennie)	2. <input type="checkbox"/> tak, przy okazji (przeważnie mniej niż 1 papieros dziennie)	3. <input type="checkbox"/> nie	Q0401
1b. Czy aktualnie korzysta Pan(i) z urządzeń elektronicznych lub innych imitujących papierosy?			Q0402

1. <input type="checkbox"/> tak, regularnie	2. <input type="checkbox"/> tak, ale sporadycznie	3. <input type="checkbox"/> nie	
<i>Respondenci, którzy w pytaniu 1a lub 1 b wskazali pierwszą odpowiedź, odpowiadają na kolejne pytania kwestionariusza. Jeśli w obu pytaniach zostały wskazane odpowiedzi 2 lub 3 Respondenci przechodzą do części B</i>			
2. (dotyczy palących regularnie)			
a) Ile miał(a) Pan(i) lat, kiedy zaczął(ęła) Pan(i) palić papierosy? (Wiek w latach)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Q0403
b) Ile papierosów wypala Pan(i) przeciętnie w ciągu dnia/ile razy korzysta z urządzeń elektronicznych lub innych imitujących papierosy?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Q0404
c) Dlaczego pali Pan(i) papierosy? (Podaj jedną najważniejszą przyczynę)			
1. <input type="checkbox"/> dla towarzystwa	2. <input type="checkbox"/> sprawia mi to przyjemność	3. <input type="checkbox"/> działa na mnie uspakajająco	Q0405
4. <input type="checkbox"/> z przyzwyczajenia	5. <input type="checkbox"/> inna	6. <input type="checkbox"/> nie wiem	
d) Czy podejmował(a) Pan(i) próbę zaprzestania palenia papierosów?			
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie		Q0406
<i>Przejdź do części V</i>			

B. BYLI PALACZE LUB NIGDY NIEPALĄCY

1. Czy kiedykolwiek w życiu palił(a) Pan(i) regularnie papierosy?			
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do części V)		Q0407
2. W którym roku życia przestał(a) Pan(i) palić papierosy? (Wiek w latach)			Q0408
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Ile godzin w ciągu dnia średnio przebywa Pan(i) w obecności osób palących w tym samym zadymionym pomieszczeniu ? (Liczba godzin)			Q0409
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

V. SPOŻYCIE ALKOHOLU

1. Jak często pije Pan(i) alkohol?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> codziennie lub prawie każdego dnia | 4. <input type="checkbox"/> 1-3 razy na miesiąc |
| 2. <input type="checkbox"/> 3 lub 4 razy na tydzień | 5. <input type="checkbox"/> rzadziej niż raz na miesiąc |
| 3. <input type="checkbox"/> 1 lub 2 razy na tydzień | 6. <input type="checkbox"/> raz do roku i rzadziej |
| | 7. <input type="checkbox"/> w ogóle nie pijam alkoholu |

Q0501

2. Jaki rodzaj alkoholu pije Pan (i) najczęściej?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> piwo | 4. <input type="checkbox"/> alkohole wysokoprocentowe (wódka, koniak, whisky) |
| 2. <input type="checkbox"/> wino wytrawne/półwytrawne | 5. <input type="checkbox"/> inne |
| 3. <input type="checkbox"/> wino słodkie/półsłodkie | |

Q0502

VI. CHOROBY AKTUALNE I PRZEBYTE

1. Czy był(a) Pan(i) kiedykolwiek w życiu hospitalizowany/a z powodu następujących chorób?			
a) zawał serca lub zaostrzona choroba wieńcowa			Q0601
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
b) przewlekła choroba wieńcowa			Q0602
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
c) udar mózgu			Q0603
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
d) niewydolność krążenia lub wada serca			Q0604
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
e) zaburzenia rytmu			Q0605
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
f) wykonana angioplastyka naczyń wieńcowych lub wieńcowy pomost aortalno-wieńcowy (by-pass)			Q0606
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
g) wszczepiony stymulator			Q0607
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
<u>A. NADCIŚNIENIE TĘTNICZE</u>			Q0608
1a) Czy zna Pan(i) górne granice prawidłowego ciśnienia tętniczego?			
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie wiem (przejdź do pytania 2)		
1b) Jakie są te wartości <input type="text"/> / <input type="text"/>			Q0609
2. Czy wie Pan(i), jakie ma ciśnienie tętnicze krwi?			Q0610
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pytania 4)		
3. Czy Pan(i) ma ciśnienie tętnicze...			Q0611
1. <input type="checkbox"/> w normie lub niskie	2. <input type="checkbox"/> podwyższone	3. <input type="checkbox"/> nie wiem, trudno powiedzieć	
<i>Zapytaj o konkretną wartość ciśnienia. Jeżeli respondent nie wie, to wyjaśnij, że ciśnienie zbyt wysokie, to ciśnienie przynajmniej 140/90 mmHg</i>			
4. Jak często mierzy Pan (i) sobie ciśnienie tętnicze krwi? (pokaż kartę i przeczytaj odpowiedzi)			Q0612

1. <input type="checkbox"/> codziennie 2. <input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu 3. <input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu 4. <input type="checkbox"/> raz w miesiącu 5. <input type="checkbox"/> raz na pół roku 6. <input type="checkbox"/> raz do roku 7. <input type="checkbox"/> rzadziej niż raz do roku			
5. Czy lekarz kiedykolwiek stwierdził u Pana(i) podwyższone ciśnienie tętnicze krwi?			
1. <input type="checkbox"/> tak 2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do części B) 3. <input type="checkbox"/> czasem miałem podwyższone ciśnienie, ale lekarz po obserwacji stwierdził, że nie mam nadciśnienia (przejdź do części B) 4. <input type="checkbox"/> nie pamiętam (przejdź do części B)			Q0613
7. W którym roku życia rozpoznano u Pana(i) podwyższone ciśnienie krwi?			
wiek w latach	_ _		Q0614
8. Czy zażywał(a) Pan(i) kiedykolwiek w życiu jakieś leki z powodu podwyższonego ciśnienia tętniczego			Q0615
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do części B)	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam (przejdź do części B)	
9. Czy zażywał(a) Pan(i) te leki regularnie w ciągu ostatnich dwóch tygodni przed badaniem?			Q0616
1. <input type="checkbox"/> tak		2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pyt. 11)	
10. Czy przyjmował(a) Pan(i) leki nadciśnieniowe przez ostatnie 3 dni?			Q0617
1. <input type="checkbox"/> tak		2. <input type="checkbox"/> nie	
11. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w szpitalu z powodu nadciśnienia?			Q0618
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
<u>B. CHOLESTEROL</u>			
1. Czy kiedykolwiek zostało u Pana(i) stwierdzone podwyższone stężenie cholesterolu?			Q0619
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pyt. 5)	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam (przejdź do pyt.5)	
2. W którym roku życia rozpoznano u Pana(i) podwyższone stężenie cholesterolu?			Q0620
(Wiek w latach)		_ _	
3. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni zażywał(a) Pan(i) regularnie jakieś leki przepisane przez lekarza w celu obniżenia stężenia cholesterolu?			Q0621
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie jestem pewny(a)	
4. Czy stosuje Pan(i) specjalną dietę przepisaną przez lekarza lub innego pracownika służby zdrowia w celu obniżenia stężenia cholesterolu?			Q0622
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie jestem pewny(a)	
5. Czy w ciągu ostatnich 12 m-cy miał(a) Pan(i) oznaczane stężenie cholesterolu we krwi?			Q0623
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	

C. CHOROBY ZAKAŻNE**1. Czy kiedykolwiek chorował(a) Pan(i), na którąś z poniższych chorób zakaźnych?**

	1. tak	2. nie	3. nie wiem	4. odmowa odpowiedzi	
gruźlica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0624
borelioza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0625
3. posocznica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0626
półpasiec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0627
grypa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0628
wirusowe zapalenie wątroby typu A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0629
wirusowe zapalenie wątroby typu B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0630
wirusowe zapalenie wątroby typu C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0631
inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0632
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0633
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0634

D. CHOROBY PRZEWLEKLE**1. Czy rozpoznano u Pana (i) którąkolwiek z poniżej wymienionych jednostek chorobowych?**

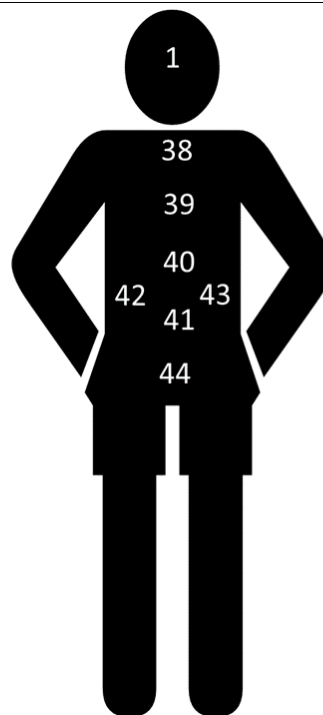
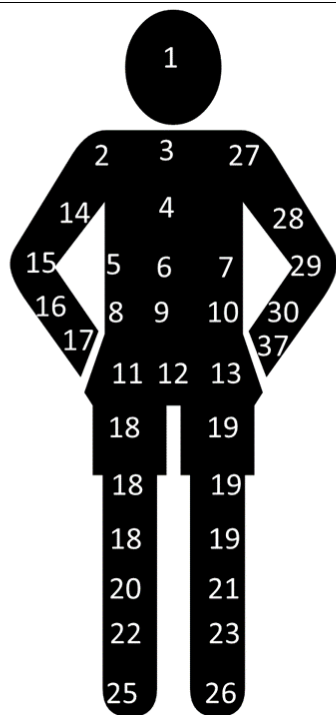
	1. tak	2. nie	3 nie wiem	4. odmowa odpowiedzi	
Choroba niedokrwienna serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0635
Udar mózgu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0636
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0637
Niewydolność serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0638
Zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0639
Choroby naczyń obwodowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0640
Nowotwory złośliwe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0641
Astma oskrzelowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0642
Choroby gruczołu tarczowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0643
POCHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0644
Choroby żołądka/dwunastnicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0645
Kamica pęcherzyka żółciowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0646
Choroby wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0647
Choroby trzustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0648
Zapalenie stawów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0649
Choroby kręgosłupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0650
Przewlekłe choroby nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0651
Nietrzymanie moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0652

Choroby ginekologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0653
Zaburzenia lękowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0654
Otępienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0655
Depresja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0656
Choroba Parkinsona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0657
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0658
Migrena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0659
Zaburzenia snu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0660
Dna moczanowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0661
Zaburzenia widzenia/choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0662
Zaburzenia słuchu/choroby narządu słuchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0663
Choroby tkanki łącznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0664
Łagodne choroby prostaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0665
Zaburzenia alkoholowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0666
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0667
Zaburzenia wzrostu/dojrzewania (u nieletnich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q0668
<u>E. ZESPÓŁ LONG-COVID-19</u>					
1. Czy chorował (a) Pan (i) na infekcję wirusem SARS-CoV2?					Q0669
1. <input type="checkbox"/> tak		2. <input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części VII)			
2. Czy infekcja została potwierdzona badaniem, testem antygenowym lub PCR?					
1. <input type="checkbox"/> tak, testem PCR	2. <input type="checkbox"/> tak, testem antygenowym		3. <input type="checkbox"/> nie została potwierdzona		
3. Czy w trakcie lub po infekcji pojawiły się dolegliwości, których wcześniej Pan (i) nie obserwował?					Q0670
1. <input type="checkbox"/> tak		2. <input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części VII)			
4. Jakie to były dolegliwości ? (respondent wskazuje wszystkie prawdziwe dla niego odpowiedzi)					
1. <input type="checkbox"/> zmęczenie					Q0671
2. <input type="checkbox"/> obniżona tolerancja wysiłku fizycznego					Q0672
3. <input type="checkbox"/> utrata węchu					Q0673
4. <input type="checkbox"/> utrata smaku					Q0674
5. <input type="checkbox"/> kaszel					Q0675
6. <input type="checkbox"/> przyspieszona akcja serca					Q0676
7. <input type="checkbox"/> ból/ucisk w klatce piersiowej					Q0677
8. <input type="checkbox"/> zaburzenia funkcji poznawczych np. Kłopoty z pamięcią, mgła covidowa					Q0678
9. <input type="checkbox"/> inne					Q0679
5. Czy wymienione dolegliwości utrzymywały się ponad 3 miesiące od dnia zachorowania ?					Q0680
1. <input type="checkbox"/> tak		2. <input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części VII)			
6. Które dolegliwości utrzymywały się ponad 3 miesiące od dnia zachorowania? (respondent wskazuje wszystkie prawdziwe dla niego odpowiedzi)					

1. <input type="checkbox"/> zmęczenie		Q0681
2. <input type="checkbox"/> obniżona tolerancja wysiłku fizycznego		Q0682
3. <input type="checkbox"/> utrata węchu		Q0683
4. <input type="checkbox"/> utrata smaku		Q0684
5. <input type="checkbox"/> kaszel		Q0685
6. <input type="checkbox"/> przyspieszona akcja serca		Q0686
7. <input type="checkbox"/> ból/ucisk w klatce piersiowej		Q0687
8. <input type="checkbox"/> zaburzenia funkcji poznawczych np. Kłopoty z pamięcią, mgła covidowa		Q0688
9. <input type="checkbox"/> inne		Q0689
7. Czy wskazane dolegliwości nadal się utrzymują ?		
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części VII)	Q0690
8. Które dolegliwości nadal Pan (i) odczuwa? <i>(respondent wskazuje wszystkie prawdziwe dla niego odpowiedzi)</i>		
1. <input type="checkbox"/> zmęczenie		Q0691
2. <input type="checkbox"/> obniżona tolerancja wysiłku fizycznego		Q0692
3. <input type="checkbox"/> utrata węchu		Q0693
4. <input type="checkbox"/> utrata smaku		Q0694
5. <input type="checkbox"/> kaszel		Q0695
6. <input type="checkbox"/> przyspieszona akcja serca		Q0696
7. <input type="checkbox"/> ból/ucisk w klatce piersiowej		Q0697
8. <input type="checkbox"/> zaburzenia funkcji poznawczych np. Kłopoty z pamięcią, mgła covidowa		Q0698
9. <input type="checkbox"/> inne		Q0699
9. Czy zostały przeprowadzone badania, mające na celu znalezienie przyczyn zgłaszanych przez Pana (ią) dolegliwości?		
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części VII)	Q0

<u>VII. INNE WYWIADY CHOROBOWE</u>			
<u>A. CUKRZYCA</u>			
1. Czy rozpoznano u Pana(i) kiedykolwiek cukrzycę?			
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do części B)	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam (przejdź do części B)	Q0701
2. W którym roku życia wykryto u Pan(i) cukrzycę?			
(Wiek w latach) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Q0702
3. Co Pan(i) zażywa (stosuje) w związku z tą chorobą?			
1. <input type="checkbox"/> początkowo tabletki, teraz insulinę	5. <input type="checkbox"/> od początku tylko dietę		Q0703
2. <input type="checkbox"/> początkowo tabletki, teraz tabletki i insulinę	6. <input type="checkbox"/> niczego nie stosuję		
3. <input type="checkbox"/> od początku insulinę	7. <input type="checkbox"/> inne		
4. <input type="checkbox"/> od początku tylko tabletki			
4. Czy zażywał(a) Pan(i) regularnie w ciągu 3 ostatnich dni jakieś leki przeciw cukrzycy?			
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie		Q0704

<u>B. OTYŁOŚĆ</u>			
1. Czy kiedykolwiek lekarz lub pielęgniarka mówili Panu(i), że ma Pan(i) nadwagę lub skłonność do otyłości?			Q0705
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pyt. 3)	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam (przejdź do pyt. 3)	
2. W którym roku życia stwierdzono u Pana(i) nadwagę lub otyłość?			Q0706
(Wiek w latach) _ _ 			
3. Czy uważa Pan(i), że ma nadwagę lub otyłość?			Q0707
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie wiem	
4. Czy zna Pan(i) swoją masę ciała?			Q0708
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pyt. 6)		
5. Proszę podać wartość masy ciała: _ _ _ kg			Q0709
6. Czy w ciągu ostatnich 12 m-cy obserwował(a) Pan(i) u siebie przyrost masy ciała o więcej niż 5 kg?			Q0710
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
<u>C. DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE</u>			
1. Czy w okresie ostatniego roku miał (a) Pan(i) silne dolegliwości bólowe trwające nieprzerwanie przez 3 miesiące?			Q0711
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do części D)	3. <input type="checkbox"/> nie pamiętam (przejdź do części D)	
2. Czy te dolegliwości bólowe dotyczyły jednego miejsca (np. ból głowy, kolana) czy wielu miejsc/narządów?			Q0712
1. <input type="checkbox"/> dotyczyły jednego miejsca		2. <input type="checkbox"/> dotyczyły wielu miejsc/narządów	
3. Czy te dolegliwości bólowe trwające przynajmniej 3 miesiące ograniczały wykonywanie normalnych czynności życiowych?			Q0713
1. <input type="checkbox"/> nie lub w bardzo małym stopniu	2. <input type="checkbox"/> tak, w znacznym stopniu	3. <input type="checkbox"/> były prawie niemożliwe do zniesienia	
4. Proszę wskazać miejsce dolegliwości bólowych trwających przynajmniej 3 miesiące <i>Proszę wpisać stosowny numer według schematu poniżej:</i>			
			Q0714
			Q0715
			Q0716
			Q0717
			Q0718



D. MIESIĄCZKOWANIE I CIAŻA

Tylko dla kobiet

1. Czy miesiączkuje Pani?

1. tak, regularnie 2. tak, nieregularnie 3. nie

Q0719

Koduj nie, jeśli respondenta nie miesiączkuje dłużej, niż 6 miesięcy. Jeżeli tak (1 lub 2) przejdź do pyt. 5

2. W którym roku życia przestała Pani miesiączkować?

(Wiek w latach)

--	--	--

Q0720

3. Z jakiego powodu Pani nie miesiączkuje?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> jestem w ciąży | 4. <input type="checkbox"/> nie wiem |
| 2. <input type="checkbox"/> osiągnęłam menopauzę | 5. <input type="checkbox"/> inne |
| 3. <input type="checkbox"/> miałam operacyjnie usuniętą macicę | |

Q0721

4. Czy bierze Pani leki hormonalne z powodu zaburzeń lub ustania miesiączkowania?

1. tak 2. nie

Q0722

5. Czy bierze Pani leki hormonalne antykoncepcyjne?

1. tak 2. nie

Q0723

E. CHOROBY NOWOTWOROWE

1. Czy kiedykolwiek uczestniczył (a) Pan (i) w badaniach profilaktycznych dotyczących wykrywania nowotworów?

1. tak 2. nie (przejdź do pytania nr 5)

Q0724

2. Jakie to były badania ? (respondent wskazuje wszystkie prawdziwe dla niego odpowiedzi)

1. ocena znamion

Q0725

2. samobadanie piersi

Q0726

3. badanie piersi przez lekarza

Q0727

4. USG piersi

Q0728

5. mammografia

Q0729

6. badanie ginekologiczne

Q0730

7. <input type="checkbox"/> cytologia		Q0731
8. <input type="checkbox"/> badanie gruczołu krokowego przez lekarza		Q0732
9. <input type="checkbox"/> USG gruczołu krokowego		Q0733
10. <input type="checkbox"/> badanie kału na krew utajoną		Q0734
11. <input type="checkbox"/> gastroskopia		Q0735
12. <input type="checkbox"/> kolonoskopia		Q0736
3. Czy w ostatnim roku uczestniczył (a) Pan (i) w badaniach profilaktycznych dotyczących wykrywania nowotworów?		Q0737
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pytania nr 5)	
4. Jakie to były badania ? (respondent wskazuje wszystkie prawdziwe dla niego odpowiedzi)		
1. <input type="checkbox"/> ocena znamion		Q0738
2. <input type="checkbox"/> samobadanie piersi		Q0739
3. <input type="checkbox"/> badanie piersi przez lekarza		Q0740
4. <input type="checkbox"/> USG piersi		Q0741
5. <input type="checkbox"/> mammografia		Q0742
6. <input type="checkbox"/> badanie ginekologiczne		Q0743
7. <input type="checkbox"/> cytologia		Q0744
8. <input type="checkbox"/> badanie gruczołu krokowego przez lekarza		Q0745
9. <input type="checkbox"/> USG gruczołu krokowego		Q0746
10. <input type="checkbox"/> badanie kału na krew utajoną		Q0747
11. <input type="checkbox"/> gastroskopia		Q0748
12. <input type="checkbox"/> kolonoskopia		Q0750
13. <input type="checkbox"/> inne		Q0751
5. Czy rozpoznano u Pana (i) następujące choroby nowotworowe ? (respondent wskazuje wszystkie prawdziwe dla niego odpowiedzi)		
1. <input type="checkbox"/> rak płuca		Q0752
2. <input type="checkbox"/> rak jelita grubego		Q0753
3. <input type="checkbox"/> rak piersi		Q0754
4. <input type="checkbox"/> rak macicy		Q0755
5. <input type="checkbox"/> rak jajnika		Q0756
6. <input type="checkbox"/> rak prostaty/gruczołu krokowego		Q0757
7. <input type="checkbox"/> białaczka		Q0758
8. <input type="checkbox"/> czerniak		Q0759
9. <input type="checkbox"/> rak żołądka		Q0760
10. <input type="checkbox"/> rak przetyku		Q0761
11. <input type="checkbox"/> inne		Q0762
6. Czy kiedykolwiek uczestniczył (a) Pan (i) w badaniach „Profilaktyka 40+”		
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie dotyczy (R. ma mniej niż 40 lat)
		Q0763

F. WYWIAD RODZINNY

1. Czy Pana(i) ojciec żyje?			Q0764
1. <input type="checkbox"/> żyje (przejdź do pyt. 3) 2. <input type="checkbox"/> zmarł w wypadku 3. <input type="checkbox"/> zmarł z powodu nowotworu 4. <input type="checkbox"/> zmarł z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej	5. <input type="checkbox"/> zmarł z powodu udaru mózgu (porażenie, wylew krwi do mózgu) 6. <input type="checkbox"/> zmarł z powodu ataku serca (zawał serca) 7. <input type="checkbox"/> zmarł z innych przyczyn lub nie wiadomo z jakiego powodu 8. <input type="checkbox"/> nie wiadomo czy żyje		
2. Ile lat miał ojciec Pana(i) w chwili zgonu ?			Q0765
(Wiek w latach)	□□□ jeżeli nie wiadomo wpisz 09		
3. Czy Pana(i) ojciec przeżył zawał serca lub udar mózgu?			Q0766
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pyt. 5)	3. <input type="checkbox"/> nie wiem (przejdź do pyt. 5)	
4. Ile miał lat gdy zachorował na zawał serca lub udar po raz pierwszy?			Q0767
(Wiek w latach, w chwili pierwszego zdarzenia) (można podać wiek w przybliżeniu)	□□□		
5. Czy Pana(i) matka żyje?			Q0768
1. <input type="checkbox"/> żyje (przejdź do pyt. 7) 2. <input type="checkbox"/> zmarł w wypadku 3. <input type="checkbox"/> zmarł z powodu nowotworu 4. <input type="checkbox"/> zmarł z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej	5. <input type="checkbox"/> zmarła z powodu udaru mózgu (wylew krwi do mózgu) 6. <input type="checkbox"/> zmarła z powodu ataku serca (zawał serca) 7. <input type="checkbox"/> zmarła z innych przyczyn lub nie wiadomo z jakiego powodu 8. <input type="checkbox"/> nie wiadomo czy żyje		
6. Ile lat miała matka Pana(i) w chwili zgonu ?			Q0769
(Wiek w latach)	□□□ jeżeli nie wiadomo wpisz 09		
7. Czy matka Pana(i) przeżyła zawał serca lub udar mózgu?			Q0770
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do części VIII)	3. <input type="checkbox"/> nie wiem (przejdź do części VIII)	
8. Ile miała lat gdy zachorowała na zawał serca lub udar po raz pierwszy?			Q0771
(Wiek w latach, w chwili pierwszego zdarzenia) - można podać wiek w przybliżeniu)	□□□		

<u>VIII. OPIEKA ZDROWOTNA</u>			
1. Czy w ciągu ostatnich 12 m-cy leczył(a) się Pan(i) w szpitalu?			
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	Q0801	
2. Czy w ciągu ostatnich 12 m-cy korzystał (a) Pan (i) z pomocy „ostrej” tj. wzywał (a) Pan(i) pogotowie ratunkowe do domu lub korzystał (a) z pomocy na szpitalnym oddziale ratunkowym?		Q0802	
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie		
3. Czy korzystał(a) Pan(i) z porady lekarskiej w ciągu ostatnich 12,6,3,1 m-cy?			
1. <input type="checkbox"/> tak, w ciągu ostatnich 12 m-c (przejdź do pyt. 4)	3. <input type="checkbox"/> tak, w ciągu ostatnich 3 m-c (przejdź do pyt. 4)	Q0803	
2. <input type="checkbox"/> tak, w ciągu ostatnich 6 m-c (przejdź do pyt. 4)	4. <input type="checkbox"/> tak, w ciągu ostatniego miesiąca (przejdź do pyt. 4)		
	5. <input type="checkbox"/> nie		
3. Dlaczego nie korzystał(a) Pan(i) z porady lekarskiej?			
1. <input type="checkbox"/> ze względu na trudności z dostaniem się do lekarza	3. <input type="checkbox"/> nie było potrzeby	Q0804	
2. <input type="checkbox"/> ze względu na brak czasu na leczenie	4. <input type="checkbox"/> nie było mnie na to stać		
	5. <input type="checkbox"/> inne		
4. Gdzie najczęściej korzysta Pan(i) z porady lekarskiej?			
1. <input type="checkbox"/> w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (np. u lekarza rodzinnego)	3. <input type="checkbox"/> prywatnie (np. w prywatnym gabinecie lekarza, spółdzielni lekarskiej itp.)	Q0805	
2. <input type="checkbox"/> w poradniach specjalistycznych (w ramach ubezpieczenia zdrowotnego)	4. <input type="checkbox"/> inne		
5. Proszę podać kwotę wydatków poniesionych przez Pana (ią) w na swoje leczenie w ciągu ostatnich 4 tygodni (w tym na zakupione leki, prywatne wizyty lekarskie, testy laboratoryjne i inne koszty)		Q0806	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł			
5. Czy w czasie wizyty lekarskiej u lekarza pierwszego kontaktu / internisty/ zazwyczaj:			
a) mierzono Panu(i) ciśnienie tętnicze krwi?		Q0807	
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3 <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
b) zalecano Panu(i) zaprzestanie palenia papierosów?		Q0808	
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie palę	4. <input type="checkbox"/> nie pamiętam
c) zalecano Panu(i) zaprzestanie/ograniczenie spożywania alkoholu?		Q0809	
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie piję alkoholu	4. <input type="checkbox"/> nie pamiętam
d) udzielano Panu(i) wskazówek odnośnie żywienia?		Q0810	
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3 <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
e) zalecano Panu(i) zwiększenie aktywności fizycznej (poza pracą zawodową i domową)?		Q0811	
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3 <input type="checkbox"/> nie pamiętam	
6. Czy wykupił(a) Pan(i) wszystkie leki przepisane w czasie ostatniej wizyty?		Q0812	

1. <input type="checkbox"/> lekarz nie zapisał (przejdź do części IX)	4. <input type="checkbox"/> tak, wykupiłem(am), ale przerwałem (am) kurację wcześniej niż wskazywało zalecenie (przejdź do części IX)	
2. <input type="checkbox"/> tak wykupiłem(am) i biorę je (przejdź do części IX)	5. <input type="checkbox"/> nie wykupiłem(am)	
3. <input type="checkbox"/> tak, wykupiłem(am), ale nie skorzystałem(am) (przejdź do części IX)		
7. Dlaczego nie wykupił(a) Pan(i) leków?		
1. <input type="checkbox"/> brak pieniędzy na leki	2. <input type="checkbox"/> uważałem(am), że nie wszystkie leki były konieczne	Q0813
	3. <input type="checkbox"/> inne powody	

IX. WIEDZA ZDROWOTNA

1. Czy wie Pan(i) jakie choroby i powikłania może spowodować nieleczone nadciśnienie tętnicze? <i>(Nie czytać odpowiedzi badanemu!)</i> <i>Można podać kilka odpowiedzi. Zaczekaj na spontaniczną odpowiedź, nie pokazuj/nie czytaj wypisanych odpowiedzi. Zaznaczaj te opcje, które badany wymienia. W razie niepewności upewnij się, czy dobrze rozumiesz badanego. Pozostałe odpowiedzi, nie wymienione na liście zapisuj w wyznaczonym miejscu (poz. 7. Inne)</i>		
1. <input type="checkbox"/> wylew krwi do mózgu lub niedokrwienie mózgu		Q0901
2. <input type="checkbox"/> zmiany miażdżycowe w tętnicach		Q0902
3. <input type="checkbox"/> choroby serca (np. zawał serca)		Q0903
4. <input type="checkbox"/> choroby nerek		Q0904
5. <input type="checkbox"/> zaburzenia widzenia		Q0905
6. <input type="checkbox"/> nie wiem		Q0906
7. <input type="checkbox"/> inne, jakie?		Q0907
a)		
b)		Q0908
c)		Q0909
d)		Q0910
2. Jakie zna Pan(i) metody zapobiegania chorobom serca, inne niż przyjmowanie leków? <i>(Nie czytać odpowiedzi badanemu!)</i> <i>Można podać kilka odpowiedzi. Zaczekaj na spontaniczną odpowiedź, nie pokazuj/nie czytaj wypisanych odpowiedzi. Zaznaczaj te opcje, które badany wymienia. W razie niepewności upewnij się, czy dobrze rozumiesz badanego. Pozostałe odpowiedzi, nie wymienione na liście zapisuj w wyznaczonym miejscu (poz. 12. Inne)</i>		
1. <input type="checkbox"/> zmniejszenie masy ciała u osób z nadwagą		Q0911
2. <input type="checkbox"/> większa aktywność fizyczna		Q0912
3. <input type="checkbox"/> zaprzestanie lub ograniczenie palenia tytoniu		Q0913
4. <input type="checkbox"/> ograniczenie picia alkoholu		Q0914
5. <input type="checkbox"/> ograniczenie ilości soli w potrawach		Q0915
6. <input type="checkbox"/> prowadzenie regularnego trybu życia		Q0916
7. <input type="checkbox"/> właściwy wypoczynek		Q0917
8. <input type="checkbox"/> umiejętne radzenie sobie ze stresem		Q0918
9. <input type="checkbox"/> ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych		Q0919

10. <input type="checkbox"/> regularne spożywanie warzyw i owoców	Q0920
11. <input type="checkbox"/> nie znam żadnych	Q0921
12. <input type="checkbox"/> inne, jakie?	
a)	Q0922
b)	Q0923
c)	Q0924
d)	Q0925

X. KWESTIONARIUSZ WSPARCIA SPOŁECZNEGO**A. ŻYCIE RODZINNE**

1. Ile osób (dorosłych i dzieci) mieszka w Pana(i) domu?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> osób	Q1001
2. Czy jest Pan (i) w stałym związku?		Q1002
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do pytania 4)	
3. Jak długo trwa Pana (i) obecny związek?		Q1003
1. <input type="checkbox"/> krócej niż dwa lata	4. <input type="checkbox"/> 21-30 lat	
2. <input type="checkbox"/> 2-10 lat	5. <input type="checkbox"/> dłużej niż 30 lat	
3. <input type="checkbox"/> 11-20 lat	6. <input type="checkbox"/> nie jestem obecnie w związku	
4. Czy doświadczył (a) Pan (i) kiedykolwiek śmierci współmałżonka/wieloletniego partnera?		Q1004
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	
5. Czy doświadczył (a) Pan (i) kiedykolwiek rozwodu/rozpadu wieloletniego związku lub separacji?		Q1005
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	
<u>B. DZIECI</u>		
1. Czy ma Pan(i) dzieci /proszę uwzględnić dzieci adoptowane lub dzieci które Pan (i) wychowuje lub wychował(a) ?		Q1006
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (przejdź do części C)	
2. Ile ma Pan (i) dzieci ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Q1007
3. W jakim wieku są Pana (i) dzieci?		Q1008
1. <input type="checkbox"/> wszystkie dzieci są niepełnoletnie		
2. <input type="checkbox"/> wszystkie dzieci są pełnoletnie		
3. <input type="checkbox"/> posiadam dzieci pełnoletnie i niepełnoletnie		
<u>B.1. KONTAKT Z DZIEĆMI</u>		
4. Jak ocenia Pan(i) kontakty ze swoimi dziećmi?		Q1009
1. <input type="checkbox"/> mam bardzo bliskie relacje ze wszystkimi swoimi dziećmi	4. <input type="checkbox"/> nie utrzymuje kontaktów z żadnym ze swoich dzieci	
2. <input type="checkbox"/> mam bliskie relacje ze wszystkimi swoimi dziećmi	5. <input type="checkbox"/> mam bardzo różne relacje z dziećmi, z niektórymi mam bardzo bliskie, a z niektórymi bardzo słabe lub nie utrzymuję kontaktów	
3. <input type="checkbox"/> mam słabe relacje ze wszystkimi swoimi dziećmi		

<u>C. ZWIERZĘTA DOMOWE</u>			
1. Czy posiada Pan (i) w domu zwierzę?			Q1010
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części D)		
2. Jakie zwierzęta posiada Pan(i) w domu? Respondent może wskazać więcej niż jedną odpowiedź			
1. <input type="checkbox"/> pies			Q1011
2. <input type="checkbox"/> kot			Q1012
3. <input type="checkbox"/> chomik/szczur/mysz			Q1013
4. <input type="checkbox"/> królik/świnka morska/szynszyla			Q1014
5. <input type="checkbox"/> ryby			Q1015
6. <input type="checkbox"/> papuga lub inny ptak			Q1016
7. <input type="checkbox"/> żółw/jaszczurka/wąż /itp.			Q1017
8. <input type="checkbox"/> inne			Q1018
<u>D. KONTAKT i PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUP SPOŁECZNYCH</u>			
1. Czy posiada Pan (i) krewnych lub przyjaciół, z którymi utrzymuje bliskie relacje/ często się kontaktuje?			
1. <input type="checkbox"/> tak, posiadam wiele takich osób	2. <input type="checkbox"/> tak, posiadam takie osoby, ale jest ich niewiele	3. <input type="checkbox"/> nie, nie mam nikogo takiego	Q1019
2. Czy utrzymuje Pan (i) kontakt z sąsiadami?			
1. <input type="checkbox"/> tak, utrzymuję bardzo bliskie relacje z sąsiadami	2. <input type="checkbox"/> tak, ale ograniczam się do sporadycznych kontaktów	3. <input type="checkbox"/> nie, nie znam swoich sąsiadów	Q1020
3. Czy angażuje się Pan (i) w życie lokalnej społeczności?			
1. <input type="checkbox"/> tak, bardzo często działam na rzecz lokalnej społeczności	2. <input type="checkbox"/> tak, ale robię to bardzo sporadycznie	3. <input type="checkbox"/> nie, nie angażuję się	Q1021
4. Czy jest Pan(i) członkiem jakiegokolwiek organizacji, stowarzyszenia, klubu, związku zawodowego, partii politycznej, grupy wyznaniowej itp.?			
1. <input type="checkbox"/> tak, jestem bardzo mocno zaangażowanym członkiem	2. <input type="checkbox"/> tak, ale nie jestem mocno zaangażowanym członkiem	3. <input type="checkbox"/> nie, nie należę do żadnej grupy	Q1022
5. Na kogo w trudnej, kryzysowej sytuacji może Pan (i) liczyć, do kogo zwróciłby (aby) się Pan (i) po pomoc? <i>Respondent może wskazać więcej niż jedną odpowiedź</i>			
1. <input type="checkbox"/> bliska rodzina (rodzice/dzieci/rodzeństwo/dziadkowie)			Q1023
2. <input type="checkbox"/> dalsi krewni (kuzynów/wujostwo)			Q1024
3. <input type="checkbox"/> przyjaciele/znajomi			Q1025
4. <input type="checkbox"/> sąsiedzi			Q1026
5. <input type="checkbox"/> współpracownicy			Q1027
6. <input type="checkbox"/> pracodawca			Q1028

7. <input type="checkbox"/> stowarzyszenia/organizacje	Q1029
8. <input type="checkbox"/> instytucje państwowe	Q1030
9. <input type="checkbox"/> inne	Q1031
10. <input type="checkbox"/> mogę liczyć tylko na siebie	Q1032

<u>XI. KWESTIONARIUSZ SAMOPOCZUCIA</u>	
Wypełnia badany a nie ankieter. Prosimy wypełnić każde pytanie	
Po przeczytaniu każdego z podanych poniżej stwierdzeń (w danej grupie) proszę zaznaczyć „x” w jedną z odpowiedzi (0-3), która najlepiej określa twoje samopoczucie w każdej pozycji A-U	
A.	
0. <input type="checkbox"/> Nie jestem ani smutny(a) ani przygnębiony(a) 1. <input type="checkbox"/> Odczuwam często smutek, przygnębienie 2. <input type="checkbox"/> Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć 3. <input type="checkbox"/> Jestem tak stale smutny(a) i nieszczęśliwy(a), że jest to nie do wytrzymania	Q1101
B.	
0. <input type="checkbox"/> Nie przejmuję się zbytnio przyszłością 1. <input type="checkbox"/> Często martwię się o przyszłość 2. <input type="checkbox"/> Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka 3. <input type="checkbox"/> Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni	Q1102
C.	
0. <input type="checkbox"/> Sądzę, że nie popełniłem(a) większych zaniedbań 1. <input type="checkbox"/> Sądzę, że nie czynię więcej zaniedbań niż inni 2. <input type="checkbox"/> Kiedy spoglądam na to co robię, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań 3. <input type="checkbox"/> Jestem zupełnie niewydolny(a) i wszystko robię źle	Q1103
D.	
0. <input type="checkbox"/> To co robię sprawia mi przyjemność 1. <input type="checkbox"/> Nie cieszy mnie to co robię 2. <input type="checkbox"/> Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia 3. <input type="checkbox"/> Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży	Q1104
E.	
0. <input type="checkbox"/> Nie czuję się winny(a) ani wobec siebie ani wobec innych 1. <input type="checkbox"/> Dość często miewam wyrzuty sumienia 2. <input type="checkbox"/> Często czuję, że zawiniłem(am) 3. <input type="checkbox"/> Stale czuję się winny(a)	Q1105
F.	
0. <input type="checkbox"/> Sądzę, że nie zasługuję na karę 1. <input type="checkbox"/> Sądzę, że zasługuję na karę 2. <input type="checkbox"/> Spodziewam się ukarania 3. <input type="checkbox"/> Wiem, że jestem karany(a) (ukarany(a))	Q1106
G.	Q1107

<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Jestem z siebie zadowolony(a) 1. <input type="checkbox"/> Nie jestem z siebie zadowolony(a) 2. <input type="checkbox"/> Czuję do siebie niechęć 3. <input type="checkbox"/> Nienawidzę siebie 	
H.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Nie czuję się gorszy(a) od innych ludzi 1. <input type="checkbox"/> Zarzucam sobie, że jestem nieudolny(a) i popełniam błędy 2. <input type="checkbox"/> Stale potępiam siebie za popełnione błędy 3. <input type="checkbox"/> Winię siebie za wszystko zło, które istnieje 	Q1108
I.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Nie myślę o odebraniu sobie życia 1. <input type="checkbox"/> Myślę o samobójstwie, ale nie mógłbym(abym) tego dokonać 2. <input type="checkbox"/> Pragnę odebrać sobie życie 3. <input type="checkbox"/> Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność 	Q1109
J.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Nie płaczę częściej niż inni 1. <input type="checkbox"/> Płaczę częściej niż dawniej 2. <input type="checkbox"/> Ciągle chce mi się płakać 3. <input type="checkbox"/> Chciałbym(abym) płakać 	Q1110
K.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Nie jestem bardziej podenerwowany(a) niż dawniej 1. <input type="checkbox"/> Jestem bardziej nerwowy(a) i przykry(a) niż dawniej 2. <input type="checkbox"/> Jestem stale zdenerwowany(a) lub rozdrażniony(a) 3. <input type="checkbox"/> Wszystko co dawniej mniej drażniło stało się obojętne 	Q1111
L.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Ludzie interesują mnie jak dawniej 1. <input type="checkbox"/> Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej 2. <input type="checkbox"/> Utraciłem (am) większość zainteresowania innymi ludźmi 3. <input type="checkbox"/> Utraciłem(am) wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi 	Q1112
M.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Decyzje podejmuję łatwo, jak dawniej 1. <input type="checkbox"/> Częściej niż kiedykolwiek odwlekam podjęcie decyzji 2. <input type="checkbox"/> Mam duże trudności z podjęciem decyzji 3. <input type="checkbox"/> Nie jestem w stanie podjąć żadnych decyzji 	Q1113
N.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. <input type="checkbox"/> Sądzę, że wyglądam nie gorzej jak dawniej 1. <input type="checkbox"/> Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie 2. <input type="checkbox"/> Czuję, że wyglądam coraz gorzej 3. <input type="checkbox"/> Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco 	Q1114

<p>O.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Mogę pracować jak dawniej</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Z trudem rozpoczynam każdą czynność</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nie jestem w stanie nic robić</p>	Q1115
<p>P.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sypiam dobrze jak dawniej</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sypiam gorzej niż dawniej</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Rano budzę się 1-2 godzin za wcześnie i trudno mi ponownie usunąć</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Budzę się kilka godzin za wcześnie</p>	Q1116
<p>Q.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nie męczę się bardziej niż dawniej</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Męczę się znacznie bardziej niż poprzednio</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Męczę się wszystkim co robię</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Jestem zbyt zmęczony(a) aby cokolwiek robić</p>	Q1117
<p>R.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Mam apetyt nie gorszy niż dawniej</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Mam trochę gorszy apetyt</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Apetyt mam wyraźnie gorszy</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nie mam w ogóle apetytu</p>	Q1118
<p>S.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nie tracę na masie ciała</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Schudłem więcej niż 2 kg</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Schudłem więcej więcej niż 4 kg</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Schudłem więcej więcej niż 6 kg</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Jadam specjalnie mniej aby stracić na masie</p>	Q1119
<p>T.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż dawniej</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć</p>	Q1120
<p>U.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Jestem mniej zainteresowany sprawami płci i seksu</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Problemy seksualne wyraźnie mnie nie interesują</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Utraciłem(am) wszelkie zainteresowanie sprawami seksualnymi</p>	Q1121

XII. JAKOŚCI SNU

1. Ile średnio śpi Pan(i) w ciągu doby?		Q1201
_ _ godzin _ _ minut		
2. Czy chrapie Pan(i) podczas snu?		Q1202
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (<i>przejdź do pytania nr 6</i>)	3. <input type="checkbox"/> nie wiem (<i>przejdź do pytania nr 6</i>)
3. Jak Pan (i) ocenia głośność Swojego chrapania?		Q1203
1. <input type="checkbox"/> chrapanie jest trochę głośniejsze od oddechu	3. <input type="checkbox"/> chrapanie jest głośniejsze niż rozmowa	
2. <input type="checkbox"/> chrapanie jest głośne jak rozmowa	4. <input type="checkbox"/> chrapanie jest bardzo głośne, może być słyszane w pokoju obok	
4. Jak często Pan(i) chrapie?		Q1204
1. <input type="checkbox"/> prawie codziennie	3. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	
2. <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	4. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w miesiącu	
	5. <input type="checkbox"/> rzadziej niż raz w miesiącu	
5. Czy Pana(i) chrapanie przeszkadza innym osobom?		Q1205
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie	3. <input type="checkbox"/> nie wiem
6. Czy kiedykolwiek i jak często zdarza się, że ktoś zauważył, że przestaje Pan (i) oddychać na chwilę w nocy?		Q1206
1. <input type="checkbox"/> prawie zawsze	3. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	
2. <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	4. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w miesiącu	
	5. <input type="checkbox"/> nigdy albo prawie nigdy	
7. Jak często czuje się Pan (i) zmęczony(a) lub niewyspany(a)?		Q1207
1. <input type="checkbox"/> prawie zawsze	3. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	
2. <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	4. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w miesiącu	
	5. <input type="checkbox"/> nigdy albo prawie nigdy	
8. Czy budząc się rano czuje się Pan (i) zmęczony(a), niewyspany (a), bez energii?		Q1208
1. <input type="checkbox"/> prawie zawsze	3. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	
2. <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	4. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w miesiącu	
	5. <input type="checkbox"/> nigdy albo prawie nigdy	
9. Czy kiedykolwiek i jak często zdarza się, że zasnął(a) Pan(i) lub był(a) bliska zaśnięcia prowadząc samochód?		Q1209
1. <input type="checkbox"/> prawie zawsze	3. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu	
2. <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu	4. <input type="checkbox"/> 1-2 razy w miesiącu	
	5. <input type="checkbox"/> nigdy albo prawie nigdy	

SKALA JAKOŚCI SNU

Wypełnia badany a nie ankieter. Prosimy wypełnić każde pytanie

Proszę wybrać właściwą odpowiedź na poniższe pytania, odpowiadającą sytuacji, w której dany objaw występował co najmniej trzy razy w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca. Proszę wstawić X w jedną z odpowiedzi (0-3)

1. Jak szybko zasypia Pan (i) po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła?

- 0. szybko
- 1. z nieznacznym opóźnieniem
- 2. z opóźnieniem
- 3. z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc

Q1210

2. Czy budzi się Pan (i) w nocy?

- 0. nie
- 1. sporadycznie
- 2. często
- 3. bardzo często lub bezsenność trwa całą noc

Q1211

3. Czy budzi się Pan (i) rano wcześniej niż planowano?

- 0. nie
- 1. nieznacznie wcześniej
- 2. znacznie wcześniej
- 3. dużo wcześniej lub bezsenność trwa całą noc

Q1212

4. Jaki jest całkowity czas Pan (i) snu?

- 0. wystarczający
- 1. nieznacznie niewystarczający
- 2. wyraźnie niewystarczający
- 3. całkowicie niewystarczający lub bezsenność trwa całą noc

Q1213

5. Jak ocenia Pan (i) jakość snu, niezależnie od czasu jej trwania?

- 0. satysfakcjonująca
- 1. nieznacznie niesatysfakcjonująca
- 2. wyraźnie niesatysfakcjonująca
- 3. całkowicie niesatysfakcjonująca

Q1214

6. Jakie jest Pana (i) samopoczucie następnego dnia?

- 0. dobre
- 1. nieznacznie gorsze
- 2. wyraźnie gorsze
- 3. wybitnie gorsze

Q1215

7. Jaka jest Pana (i) sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia?

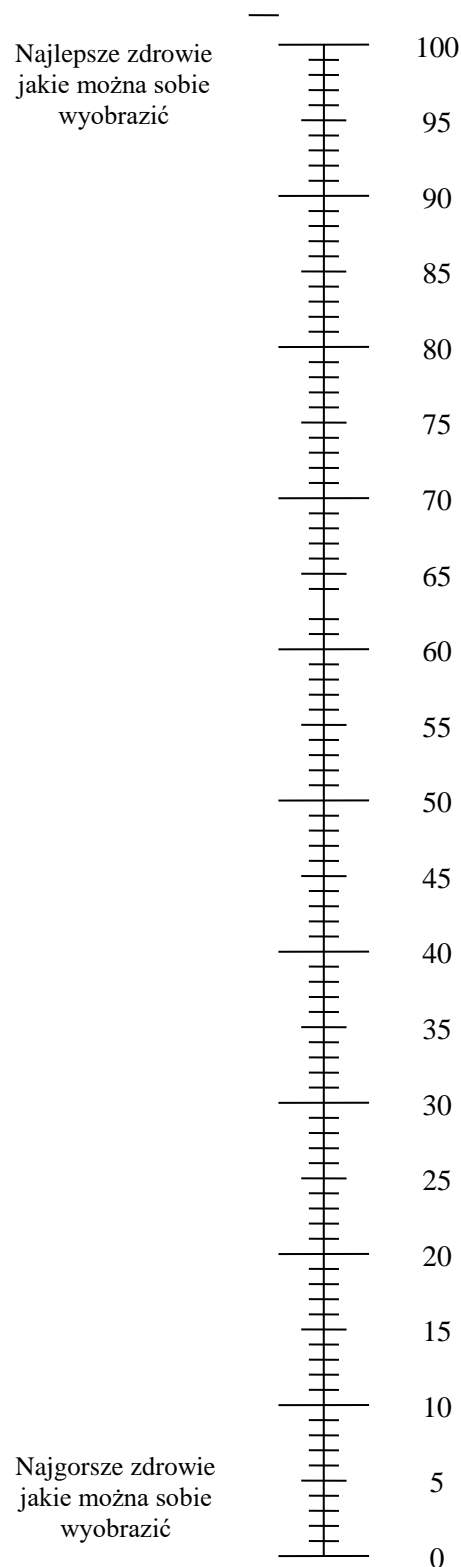
Q1216

0. <input type="checkbox"/> niezaburzona 1. <input type="checkbox"/> nieznacznie zaburzona 2. <input type="checkbox"/> wyraźnie zaburzona 3. <input type="checkbox"/> wybitnie zaburzona	
8. Czy odczuwa Pan (i) senność w ciągu dnia	
0. <input type="checkbox"/> nie 1. <input type="checkbox"/> nieznaczną 2. <input type="checkbox"/> wyraźną 3. <input type="checkbox"/> bardzo nasiloną	Q1217

<h3>XIII</h3> <h2>Kwestionariusz Dotyczący Jakości Życia</h2>	
<i>Pod każdym nagłówkiem zaznaczmy JEDEN kwadrat, aby wybrać stwierdzenie najlepiej określające zdrowie Respondenta DZISIAJ.</i>	
1. PORUSZANIE SIĘ	
1. <input type="checkbox"/> Nie mam żadnych problemów z chodzeniem 2. <input type="checkbox"/> Mam niewielkie problemy z chodzeniem 3. <input type="checkbox"/> Mam umiarkowane problemy z chodzeniem 4. <input type="checkbox"/> Mam poważne problemy z chodzeniem 5. <input type="checkbox"/> Nie jestem w stanie chodzić	Q1301
2. SAMOOSŁUGA	Q1302
1. <input type="checkbox"/> Nie mam żadnych problemów z myciem i ubieraniem się 2. <input type="checkbox"/> Mam niewielkie problemy z myciem i ubieraniem się 3. <input type="checkbox"/> Mam umiarkowane problemy z myciem i ubieraniem się 4. <input type="checkbox"/> Mam poważne problemy z myciem i ubieraniem się 5. <input type="checkbox"/> Nie mogę sam/a się umyć ani ubrać	
3. ZWYKŁE CZYNNOŚCI (<i>np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywności rodzinie i zajęcia w czasie wolnym</i>)	Q1303
1. <input type="checkbox"/> Nie mam żadnych problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności 2. <input type="checkbox"/> Mam niewielkie problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności 3. <input type="checkbox"/> Mam umiarkowane problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności 4. <input type="checkbox"/> Mam poważne problemy z wykonywaniem moich zwykłych czynności 5. <input type="checkbox"/> Nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych czynności	
4. BÓL/DYSKOMFORT	Q1304
1. <input type="checkbox"/> Nie odczuwam żadnego bólu ani dyskomfortu 2. <input type="checkbox"/> Odczuwam niewielki ból lub dyskomfort 3. <input type="checkbox"/> Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort 4. <input type="checkbox"/> Odczuwam silny ból lub dyskomfort	

5. <input type="checkbox"/> Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort	
5. NIEPOKÓJ/PRZYGNĘBIENIE	Q1305
1. <input type="checkbox"/> Nie jestem niespokojny/a lub przygnębiony/a	
2. <input type="checkbox"/> Jestem trochę niespokojny/a lub przygnębiony/a	
3. <input type="checkbox"/> Jestem umiarkowanie niespokojny/a lub przygnębiony/a	
4. <input type="checkbox"/> Jestem bardzo niespokojny/a lub przygnębiony/a	
5. <input type="checkbox"/> Jestem krańcowo niespokojny/a lub przygnębiony/a	
6. Jak Pan(i) ocenia DZISIAJ swoje zdrowie? <i>Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) miejsce na skali, które pokazuje jakie jest Pana/Pani zdrowie DZISIAJ. 100 oznacza <u>najlepsze</u> zdrowie jakie można sobie wyobrazić. 0 oznacza <u>najgorsze</u> zdrowie jakie można sobie wyobrazić.</i>	Q1306

PANA/PANI ZDROWIE DZISIAJ =



XIV. KARTA STOSOWANIA LEKÓW

1. Czy Pan(i) w okresie ostatnich 2 tygodni przyjmował(a) jakiegokolwiek leki, witaminy lub preparaty odżywcze?			Q1401
1. <input type="checkbox"/> tak	2. <input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części XV)		
2. Jeżeli tak jaka była przyczyna przyjmowania leków? (wpisać czytelnie główne choroby z powodu których zażywano leki)			
a)	[][][][]		Q1402
b)	[][][][]		Q1403
c)	[][][][]		Q1404
3. Wyniki uzyskano w oparciu o:			Q1405
1. <input type="checkbox"/> opakowanie	2. <input type="checkbox"/> wywiad, dobry kontakt z pacjentem	3. <input type="checkbox"/> wywiad, zły kontakt z pacjentem	

WAŻNE!

Wpisuje się czytelnie leki w poszczególne pozycje. Najpierw nazwę leku, postać (tabletką, kapsułka, ampułka itp.), dawkę jednorazową, ile razy w ciągu dnia w okresie 2 tygodni. Jeżeli badany nie bierze danego leku codziennie np. lek moczopędny (np. hydrothiazid) zażywa 1 tabl. 2 x na tydzień, wpisać: nazwę leku, postać – tabletką, dawka – 1 tabletką w dawce (np. w mg) na 24 godziny, dni przyjmowania – 4 dni.

!! Wypełnianie zastrzeżone dla centralnego kodowania			
Kod leku	Postać	Dni przyjmowania	Dawka leku
[][][][] Q1406	[][] Q1407	[][][] Q1408	[][][], [][] Q1409
[][][][] Q1410	[][] Q1411	[][][] Q1412	[][][], [][] Q1413
[][][][] Q1414	[][] Q1415	[][][] Q1416	[][][], [][] Q1417
[][][][] Q1418	[][] Q1419	[][][] Q1420	[][][], [][] Q1421
[][][][] Q1422	[][] Q1423	[][][] Q1424	[][][], [][] Q1425
[][][][] Q1426	[][] Q1427	[][][] Q1428	[][][], [][] Q1429
[][][][] Q1430	[][] Q1431	[][][] Q1432	[][][], [][] Q1433
[][][][] Q1434	[][] Q1435	[][][] Q1436	[][][], [][] Q1437

□□□□□ | □□ | □□□ | □□□, □
Q1438 Q1439 Q1440 Q1441

□□□□□ | □□ | □□□ | □□□, □
Q1442 Q1443 Q1444 Q1445

□□□□□ | □□ | □□□ | □□□, □
Q1446 Q1447 Q1448 Q1449

□□□□□ | □□ | □□□ | □□□, □
Q1450 Q1451 Q1452 Q1453

□□□□□ | □□ | □□□ | □□□, □
Q1454 Q1455 Q1456 Q1457

□□□□□ | □□ | □□□ | □□□, □
Q1458 Q1459 Q1460 Q1461

□□□□□ | □□ | □□□ | □□□, □
Q1462 Q1463 Q1464 Q1465

XV. KWESTIONARIUSZ BADANIA FIZYKALNEGO

Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności
VIP 2030

KWESTIONARIUSZ BADANIA PODSTAWOWEGO

A. DANE ANTROPOMETRYCZNE

1. Wzrost bez butów (z dokładnością do 0,5 cm)	□□□□, □	Q1501
2. Masa ciała bez butów (z dokładnością do 100 g)	□□□□, □	Q1502
3. Obwód talii (z dokładnością do 0,5 cm)	□□□□, □	Q1503
4. Obwód bioder (z dokładnością do 0,5 cm)	□□□□, □	Q1504
Dane z wagi analiza składu ciała	□□□□, □	Q1505
	□□□□, □	Q1506
	□□□□, □	Q1507
Siła mięśniowa z dynamometru	□□□□, □	Q1508

B. CIŚNIENIE TETNICZE KRWI					
1. Obwód ramienia prawego (w cm)				_ _	Q1509
1. Obwód ramienia lewego (w cm)				_ _	Q1509
2. Rozmiar użytego mankietu (w zależności od obwodu ramienia w cm)		1. <input type="checkbox"/> mały (do 21 cm)	2. <input type="checkbox"/> średni (22-31 cm)	3. <input type="checkbox"/> duży (32 i więcej)	Q1510
3. Pomiar ciśnienia (prawe ramię, pozycja siedząca w spoczynku)					
		ciśnienie skurczowe	_ _ _	Q1511	
		ciśnienie rozkurczowe	_ _ _	Q1512	
		częstość akcji serca na minutę	_ _ _	Q1513	
3. Pomiar ciśnienia (lewe ramię, pozycja siedząca w spoczynku)					
		ciśnienie skurczowe	_ _ _	Q1514	
		ciśnienie rozkurczowe	_ _ _	Q1515	
		częstość akcji serca na minutę	_ _ _	Q1516	
Średnia z 3 pomiarów na kończynie z wyższym ciśnieniem			ciśnienie skurczowe	_ _ _	Q1520
			ciśnienie rozkurczowe	_ _ _	Q1521
			częstość akcji serca na minutę	_ _ _	Q1522
Arytmia = _ _ _ _				Q	
AFIB (migotanie przedsionków = _ _ _ _)				Q1524	

XVI DRUGA WIZYTA					
1. Rozmiar użytego mankietu		1. <input type="checkbox"/> mały	2. <input type="checkbox"/> średni	3. <input type="checkbox"/> duży	Q1601
2. Pomiar ciśnienia (na ramieniu z wyższym ciśnieniem-ocenione na poprzedniej wizycie)					
Średnia z 3 pomiarów na kończynie z wyższym ciśnieniem			ciśnienie skurczowe	_ _ _	Q1602
			ciśnienie rozkurczowe	_ _ _	Q1603
			częstość akcji serca na minutę	_ _ _	Q1604
Arytmia = _ _ _ _				Q1605	
AFIB (migotanie przedsionków = _ _ _ _)				Q1606	

KRÓTKA SKALA OCENY STANU PSYCHICZNEGO

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) - ARKUSZ DPOWIEDZI

1. ORIENTACJA W CZASIE I W MIEJSCU

Orientacja w czasie

Jaki jest teraz

rok?..... []

Jaka jest teraz pora roku?

.....[]

Jaki jest teraz miesiąc?

.....[] .

Jaka jest dzisiejsza data (którego dzisiaj
mamy)?.....[]

Jaki jest dzisiaj dzień tygodnia?

.....[]

Orientacja w miejscu

W jakim kraju się znajdujemy?.....[]

W jakim województwie się znajdujemy?[]

W jakim mieście się teraz znajdujemy?[]

Jak nazywa się miejsce, w którym się teraz znajdujemy?.....[]

Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?.....[]

2. ZAPAMIĘTYWANIE

Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył(a).

Poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie (jedno słowo na sekundę).

BYK [] MUR [] LAS [] []

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

3. UWAGA i LICZENIE

Proszę odejmować kolejno od 100 po 7, aż powiem stop [] [] [] [] [] [] [] []

4. PRZYPOMINANIE

Proszę wymienić trzy słowa, które Pan(i) miał(a) wcześniej zapamiętać.

BYK [] MUR [] LAS [] []

5. FUNKCJE JĘZYKOWE

Nazywanie

Prosimy o nazwanie dwóch przedmiotów, które kolejno pokazujemy badanemu (ołówek, zegarek)

Jak nazywa się ten przedmiot?.....[]

Jak nazywa się ten przedmiot?.....[]

Powtarzanie

Proszę dosłownie powtórzyć następujące zdanie:

Ani tak, ani nie, ani ale.[]

Wykonywanie poleceń

a) Proszę uważnie posłuchać treści całego polecenia, a następnie wykonać to polecenie.

• proszę wziąć kartkę do lewej/prawej ręki[]

• złożyć ją oburącz na połowę[]

• i położyć ją na kolana[]

b) Pokazujemy badanemu tekst polecenia zamieszczony na okładce: „proszę zamknąć oczy”.

Proszę przeczytać to polecenie i je wykonać

.....[]

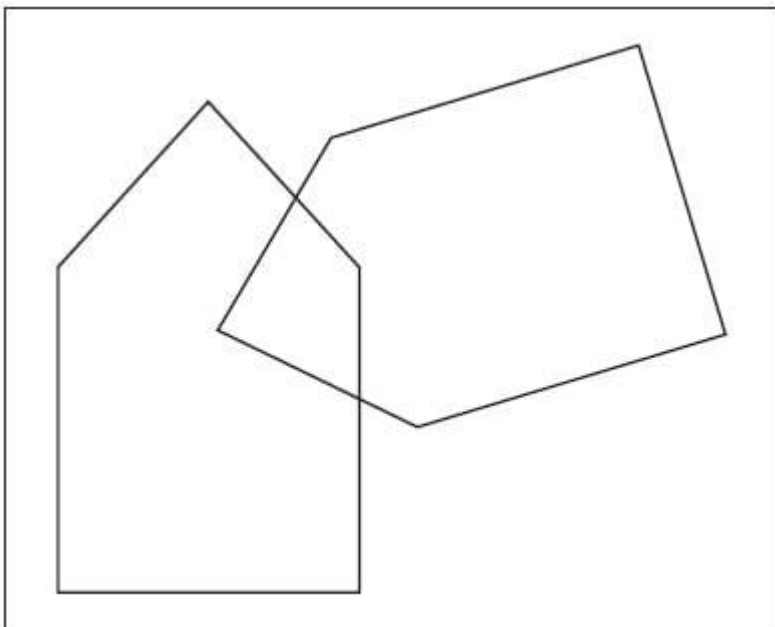
Pisanie

Dajemy osobie badanej czystą kartkę papieru i prosimy o napisanie dowolnego zdania.

Proszę napisać na tej kartce jakieś dowolne zdanie[]

6. PRAKSJA KONSTRUKCYJNA

Proszę przerysować ten rysunek tak dokładnie, jak tylko jest to możliwe.....[]



Test rysowania zegara

Narysuj zegar ze wskazówkami na godzinie 13:50