

Załącznik nr 5 Karta pacjenta przystępującego do programu (etap włączenia do etapu zmian behawioralnych)

Imię i nazwisko :	
Data urodzin	
Adres oraz numer telefonu	

Lp.	Wynik/pomiar	Przystąpienie do programu	Zakończenie udziału w programie
1	Ankieta FINRISK		x
2.	OGTT - 0 (mg/dl)		
3	OGTT - 2h (mg/dl)		
4	Waga		
5	BMI (KG/m2)		
6	WHR		
7	Aktywność fiz. (MET - min./tydz.)		
8	Ocena punktowa kwestionariusza oceny wiedzy na temat zdrowego odżywiania i nawyków żywieniowych uczestników Programu profilaktycznego.		
9	Liczba wypalonych papierosów		

Zalecenia	1.....	1.....
	2.....	2.....
	(....)	(....)

Data, podpis i pieczęć lekarza

Uwagi :

- 1 Należy wypełnić gdy pacjent po wykonaniu testu OGTT zostanie zakwalifikowany do dalszego etapu w programie
2. Karta pacjenta zawiera min. Informacji , które należy monitorować, Realizator może rozszerzyć zakres danych