



**2 Pomiary ciśnienia tętniczego:**

1. skurczowe: a) I\_I\_I\_I, b) I\_I\_I\_I, c) I\_I\_I\_I, d) I\_I\_I\_I średnia (b+d)/2 I\_I\_I\_I
2. rozkurczowe: a) I\_I\_I\_I, b) I\_I\_I\_I, c) I\_I\_I\_I, d) I\_I\_I\_I średnia (b+d)/2 I\_I\_I\_I
3. tętno (30s x 2) a) I\_I\_I\_I, b) I\_I\_I\_I, c) I\_I\_I\_I, d) I\_I\_I\_I

**Wyniki badań biochemicznych:**

1. cholesterol całkowity I\_I\_I\_I mg/dl,
2. cholesterol HDL I\_I\_I\_I mg/dl,
3. cholesterol LDL I\_I\_I\_I mg/dl,
4. trójglicerydy I\_I\_I\_I mg/dl,
5. glukoza na czczo I\_I\_I\_I mg/dl

**Ocena ryzyka chorób układu krążenia:** 1. ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego wg algorytmu SCORE:I\_I

**Zalecenia dla pacjenta:**

1. Badanie zgodne z zalecanym interwałem - TAK I\_I
2. Pacjenta skierowano na edukację (badanie zgodne z ustalonym interwałem) - TAK I\_I  
.....  
*dane edukatora*
3. Pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK I\_I :  
.....  
*specjalność medyczna poradni specjalistycznej*
4. Pacjent pod kontrolą lekarza POZ poza programem - TAK I\_I

Ad.2 Edukacja dotyczyła: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.Data i podpis przeprowadzającego edukację

Podpis świadczeniobiorcy

.....

Data badania

.....

Oznaczenie lekarza

Uwagi:.....

.....

**Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu komórkowego: .....

Nr telefonu stacjonarnego: .....

Adres e-mail: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przeze mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....

data

.....

podpis świadczeniobiorcy