

**Załącznik nr 1**  
**do zarządzenia nr 1/2008/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 4 stycznia 2008 r.**

**Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ**  
**Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

Pieczętka świadczeniodawcy  
nr umowy z NFZ

**Karta badania profilaktycznego**  
**w**  
**Programie profilaktyki chorób układu krążenia**

**Uwaga!**

Kartę należy wypełnić drukowanymi literami, twierdzące odpowiedzi na pytania zawarte w Karcie, zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

W przypadkach odpowiedzi negatywnych, pola odpowiedzi przy pytaniach, należy wpisać znak „-”.

Nazwisko: \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_  
Tel. kont. \_\_\_\_\_ adres e-mail \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_  
Kod \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Nr mieszk. \_\_\_\_\_  
Zawód wykonywany / Zajęcie: \_\_\_\_\_  
Wykształcenie: \_\_\_\_\_

Data pierwszej wizyty: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Data wizyty u lekarza: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Termin wizyty u lekarza: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Obciążenia rodzinne:**

1. **Czy u ojca rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u ojca wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 55 r.ż.)
  - 1) zawał serca \_\_\_, jeśli tak - to w jakim wieku \_\_\_
  - 2) udar mózgu \_\_\_, jeśli tak - to w jakim wieku \_\_\_
2. **Czy u matki rozpoznano?:** (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u matki wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 60 r.ż.)
  - 1) zawał serca \_\_\_, jeśli tak - to w jakim wieku \_\_\_
  - 2) udar mózgu \_\_\_, jeśli tak - to w jakim wieku \_\_\_
3. **Czy Pan/Pani pali papierosy?**
  - 1) TAK \_\_\_, od ilu lat? \_\_\_, ile m-cy? \_\_\_, ile dziennie? \_\_\_
4. **Czy Pan/Pani palił/ła papierosy w przeszłości?**
  - 1) TAK \_\_\_, ile lat? \_\_\_, ile m-cy? \_\_\_, ile dziennie? \_\_\_
5. **Czy Pan/Pani nigdy nie palił/ła papierosów?**
  - 1) TAK \_\_\_,
6. **Ile razy w tygodniu Pan/Pani wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające powyżej 30 minut?**
  - 1) \_\_\_ razy,
  - 2) Nie wykonuję ćwiczeń fizycznych \_\_\_

**Wyniki badania fizykalnego:**

Obwód: ramię \_\_\_\_\_ cm, pas \_\_\_\_\_ cm  
Waga: \_\_\_\_\_ kg

Wzrost:           |\_|\_|\_| cm

Wynik oceny BMI:   |\_|\_|,|\_|

**Pomiary ciśnienia tętniczego:**

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

**Wyniki badań biochemicznych:**

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

**Ocena ryzyka chorób układu krążenia:**

1. ryzyko incydentu sercowo–naczyniowego wg algorytmu **SCORE**:  |\_|

**Zalecenia dla pacjenta:**

1. Badanie zgodne z zalecanym interwałem - TAK |\_|
2. Pacjenta skierowano na edukację - TAK |\_|

.....  
*dane edukatora*

3. Pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK |\_| :

.....  
*specjalność medyczna poradni specjalistycznej*

4. Pacjent pod kontrolą lekarza poza programem - TAK |\_|

Ad. 2 Edukacja dotyczyła: .....

.....

.....

.....   .....  
data i podpis przeprowadzającego edukację                     podpis świadczeniobiorcy

.....   .....  
data badania   pieczętka i podpis 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 przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....   .....  
data   podpis świadczeniobiorcy

### **Informacja o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia:**

- Płeć:** płeć męska oraz kobiety po menopauzie
- Wiek:** mężczyźni > 45 lat, kobiety > 55 lat
- Palenie tytoniu:** powyżej 1 papierosa dziennie
- Nadciśnienie tętnicze:** RRs - 140 mmHg i/lub RRs - 90 mmHg w dwóch niezależnych pomiarach oraz pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego
- Zaburzenia lipidowe:** stężenie cholesterolu całkowitego TC > 190 mg/dl, LDL > 115 mg/dl, HDL <40 mg/dl dla mężczyzn, HDL <46 mg/dl dla kobiet, triglicerydów TG > 150 mg/dl
- Cukrzyca:** glikemia na czczo: powyżej 125 mg/dl lub w przygodnym pomiarze: 200 mg/dl
- Otyłość :** wskaźnik masy ciała - BMI - 30 kg/m<sup>2</sup>
- Mała aktywność fizyczna:** aktywność ruchowa (np. spacer, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) rzadziej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut

### **Ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego:**

Ryzyko dla osób w wieku 35 lat jest oceniane według algorytmu zawartego w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 40, dla osób w wieku 45 lat w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 50, zaś dla osób w wieku 55 lat w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 55.

**Uwaga!** Ryzyko wystąpienia incydentu naczyniowo-sercowego może być istotnie wyższe od oszacowanego na podstawie algorytmu **SCORE**:

1. u osób z silnie obciążającym wywiadem rodzinnym przedwczesnego występowania chorób układu krążenia;
2. u osób z niskim stężeniem cholesterolu HDL, upośledzoną tolerancją glukozy, podwyższonym stężeniem triglicerydów, białka C-reaktywnego, fibrynogenu, homocysteiny, apolipoproteiny B lub Lp (a);
3. u osób otyłych, u osób prowadzących siedzący tryb życia.

## Schemat algorytmu SCORE

		Kobiety					Wiek	Mężczyźni						
		Niepalące		Palaczki				Niepalący		Palacze				
Ciśnienie tętnicze skurczowe	180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	Ciśnienie tętnicze skurczowe	180	
	160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16		160	
	140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11		140	
	120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7		120	
	180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13		180	
	160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9		160	
	140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6		140	
	120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4		120	
	180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7		180	
	160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5		160	
	140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3		140	
	120	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2		120	
	180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4		180	
	160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3		160	
	140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2		140	
	120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1		120	
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	180			
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160			
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140			
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120			

4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
Poziom cholesterolu całkowitego odwzorowany na skali																			

Cholesterol całkowity	
Wartość w mg/dl	Liczba na skali
do 165	4
166 - 220	5
221 - 260	6
261 - 300	7
powyżej 300	8

**Załącznik nr 2**  
**do zarządzenia nr 1/2008/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 4 stycznia 2008 r.**

**Załącznik nr 14 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

**Katalog świadczeń pielęgniarских w POZ**

Lp.	Opis świadczenia	Kod świadczenia	Wycena punktowa	Uwagi
<b>1. Świadczenia podstawowe do objęcia świadczeniobiorcy opieką pielęgniarki poz</b>				
1.1	Przeprowadzenie wywiadu środowiskowo-rodzinnego	5.01.27.0100001	13	obejmuje przeprowadzenie wywiadu środowiskowo-rodzinnego, wykonanie pomiaru podstawowych parametrów życiowych u świadczeniobiorcy, identyfikację zagrożeń i problemów zdrowotnych w kontekście potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz udokumentowanie świadczeń w Indywidualnej karcie opieki pielęgniarской w POZ
1.2	Wykonanie kwalifikacji pacjenta na podstawie skierowania do objęcia pielęgniarской opieką środowiskową - ustalenie problemów pielęgnacyjnych i Indywidualnego planu opieki	5.01.27.0100002	15	zgodnie z zasadami określonymi przez NFZ „Warunkami zawarcia umów”
<b>2. Świadczenia w zakresie edukacji i promocji zdrowia</b>				
2.1	Prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi	5.01.27.0200001	14	obejmuje edukację pacjenta i/lub jego rodziny poprzez czynne poradnictwo oraz (w zależności od potrzeb) piśmienne materiały informacyjno-edukacyjne przekazywane w trakcie realizacji świadczenia. Udzielone świadczenie możliwe do rozliczenia 1 raz w miesięcznym okresie rozliczeniowym.
2.2	Realizacja wizyty patronażowej u dziecka do 6 tygodnia życia	5.01.27.0200002	26	obejmuje (adekwatnie do wieku dziecka) czynności pielęgniarские zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane a także dokumentowanie udzielonych świadczeń z uwzględnieniem dokumentacji z dokonanej oceny rozwoju psychomotorycznego dziecka.
2.3	Realizacja wizyty patronażowej u dziecka powyżej 2 m-ca życia	5.01.27.0200003	22	obejmuje (adekwatnie do wieku dziecka) czynności pielęgniarские zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane a także dokumentowanie udzielonych świadczeń z uwzględnieniem dokumentacji z dokonanej oceny rozwoju psychomotorycznego dziecka.

**3. Świadczenia higieniczno-pielęgnacyjne w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej**

3.1	Kąpiel pacjenta leżącego w łóżku	5.01.27.0300001	24	obejmuje czynności przygotowawcze, mycie całego ciała, toaletę p/odparzeniową i p/odleżynową, zmianę bielizny osobistej, zmianę pampersa
3.2	Pomoc przy kąpieli w wannie (kąpiel pod nadzorem)	5.01.27.0300002	13	obejmuje pomoc przy myciu, czesaniu i suszeniu włosów
3.3	Wykonanie toalety porannej lub wieczornej u pacjenta leżącego	5.01.27.0300003	18	obejmuje czynności przygotowawcze, mycie obwodowych części ciała pacjenta, czesanie włosów, podmycie krocza, toaletę p/odparzeniową i p/odleżynową, zmianę pampersa, ewentualne obcinanie paznokci
3.4	Pomoc pacjentowi przy wykonaniu toalety porannej lub wieczornej	5.01.27.0300004	13	obejmuje pomoc przy rozebraniu i ubraniu pacjenta, myciu obwodowych części ciała pacjenta, czesaniu włosów, podmyciu krocza, ewentualne obcinanie paznokci
3.5	Przesłanie łóżka pacjentowi leżącemu, zapewnienie wygodnej i bezpiecznej pozycji w łóżku	5.01.27.0300005	7	obejmuje czynności przygotowawcze, częściową zmianę pościeli, zmianę pampersa, stosowanie udogodnień, zabezpieczenie pacjenta przed urazem
3.6	Toaleta jamy ustnej	5.01.27.0300006	4	obejmuje toaletę jamy ustnej a także oczyszczenie protez zębowych
3.7	Pomoc przy toalecie jamy ustnej	5.01.27.0300007	3	obejmuje również mycie protez zębowych
3.8	Golenie zarostu twarzy	5.01.27.0300008	4	
3.9	Pomoc przy myciu głowy	5.01.27.0300009	5	obejmuje pomoc przy czesaniu i suszeniu włosów
3.10	Mycie głowy w łóżku pacjentowi leżącemu	5.01.27.0300010	6	obejmuje czynności przygotowawcze, mycie, czesanie i suszenie włosów
3.11	Założenie i zdjęcie czepca w przypadku wszawicy	5.01.27.0300011	25	obejmuje koszt środka farmakologicznego i materiałów opatrunkowych oraz mycie i czesanie włosów
3.12	Zmiana lub pomoc przy zmianie bielizny osobistej	5.01.27.0300012	4	obejmuje zmianę pampersa
3.13	Zmiana bielizny pościelowej u pacjenta leżącego	5.01.27.0300013	6	obejmuje również zmianę pampersa

**4. Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej**

4.1	Karmienie pacjenta	5.01.27.0400001	6	obejmuje przygotowanie posiłku do podania oraz poradnictwo żywieniowe i edukację w zakresie żywienia dietetycznego w stanach chorobowych.
4.2	Pomoc przy spożywaniu posiłku	5.01.27.0400002	5	obejmuje pomoc w przygotowaniu posiłku do spożycia oraz poradnictwo żywieniowe i edukację w zakresie żywienia dietetycznego w stanach chorobowych
4.3	Karmienie pacjenta przez zgłębnik lub przetokę	5.01.27.0400003	11	obejmuje założenie zgłębnika do żołądka oraz przygotowanie posiłku do podania oraz koszty materiałowe zabiegu
4.4	Pielęgnacja odleżyn i odparzeń u pacjenta leżącego	5.01.27.0400004	20	obejmuje czynności przygotowawcze, toaletę p/odleżynową, założenie lub zmianę oraz opatrunku (wraz z kosztami materiałów opatrunkowych, bez kosztu opatrunków specjalistycznych np. żelowych) z zastosowaniem leków wchłaniających się przez skórę, zastosowanie pielęgnacyjnych środków kosmetycznych i leczniczych, założenie lub zmianę opatrunku żelowego
4.5	Pielęgnacja stomii	5.01.27.0400005	5	obejmuje toaletę stomii z zastosowaniem maści i innych środków na skórę wokół stomii oraz zmianę worka stomijnego (bez kosztów worka stomijnego)
4.6	Pielęgnacja powikłanej stopy cukrzycowej lub	5.01.27.0400006	17	obejmuje zakładanie, zmianę i koszty opatrunków, zabiegi pielęgnacyjne z zastosowaniem leków i

	innych trudno gojących się ran (z wyłączeniem ran odleżynowych)			innych środków (bez kosztów leków i opatrunków specjalistycznych)
4.7	Mechaniczne obarczanie z wydzieliny górnych dróg oddechowych i/lub pielęgnacja rurki tracheotomijnej wraz z kosztami materiałowymi zabiegu	5.01.27.0400007	9	obejmuje odessanie wydzieliny
4.8	Mechaniczne obarczanie z wydzieliny górnych dróg oddechowych i/lub pielęgnacja rurki tracheotomijnej z wyłączeniem kosztu cewników do odsysania	5.01.27.0400008	6	obejmuje odessanie wydzieliny
4.9	Założenie lub wymiana cewnika u kobiet wraz z kosztem cewnika i worka do zbiórki moczu	5.01.27.0400009	11	obejmuje czynności przygotowawcze oraz jałowe podmycie krocza
4.10	Założenie lub wymiana cewnika u kobiet bez kosztu cewnika i worka do zbiórki moczu	5.01.27.04000010	8	obejmuje czynności przygotowawcze oraz jałowe podmycie krocza
4.11	Pielęgnacja cewnika założonego do pęcherza moczowego	5.01.27.0400011	12	Obejmuje jałowe podmywanie krocza, obserwację ilości i barwy wydalanego moczu, obserwację w kierunku infekcji wstępującej układu moczowego, płukanie cewnika – w zależności od potrzeb, wymianę lub opróżnianie worka na mocz
4.12	Wykonanie lewatywy oczyszczającej lub wlewki doodbytniczej	5.01.27.0400012	11	obejmuje czynności przygotowawcze oraz toaletę krocza
4.13	Wykonanie kompresów i okładów oraz kąpeli leczniczych	5.01.27.0400013	9	dotyczy okolic całego ciała, obejmuje czynności przygotowawcze oraz koszty materiałów opatrunkowych. Nie obejmuje kosztu wyrobów farmaceutycznych stosownych do kąpeli leczniczych)
4.14	Założenie suchej rurki doodbytniczej	5.01.27.0400014	4	obejmuje czynności przygotowawcze oraz koszt sprzętu jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zabiegu
4.15	Zastosowanie basenu u pacjenta leżącego	5.01.27.0400015	4	obejmuje mycie krocza
4.16	Zmiana pampersa	5.01.27.0400016	4	obejmuje toaletę p/odparzeniową
4.17	Stosowanie baniek lekarskich	5.01.27.0400017	12	obejmuje oklepywanie pleców
4.18	Podawanie leków różnymi drogami - w zależności od zleceń lekarskich (doustnych, doodbytniczych, do oka, do nosa, do ucha, wziewnie)	5.01.27.0400018	4	obejmuje podanie wszystkich zaordynowanych leków w trakcie wizyty
4.19	Podawanie insuliny	5.01.27.0400019	4	obejmuje edukację w zakresie dawkowania, samokontroli i samodzielnego wykonywania iniekcji z insuliny przez pacjenta lub rodzinę
4.20	Podawanie leków w postaci iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych w ramach świadczenia pielęgnarskiej opieki środowiskowej	5.01.27.0400020	5	obejmuje sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
4.21	Podawanie leków w postaci iniekcji dożylnych	5.01.27.0400021	10	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia

4.22	Podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych	5.01.27.0400022	19	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
<b>5. Świadczenia usprawniające w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej</b>				
5.1	Prowadzenie ćwiczeń biernych i czynnych u pacjenta leżącego	5.01.27.0500001	6	obejmuje zastosowanie gimnastyki oddechowej (minimum 10 minut) z oklepywaniem
5.2	Prowadzenie usprawniania ruchowego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia oraz chodzenia przy pomocy sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych, nauka samoobsługi)	5.01.27.0500002	9	obejmuje zastosowanie gimnastyki oddechowej (minimum 10 minut) z oklepywaniem
5.3	Zastosowanie drenażu ułożeniowego, wykonanie inhalacji	5.01.27.0500003	6	obejmuje nacieranie pleców, oklepywanie
5.4	Gimnastyka oddechowa	5.01.27.0500004	4	obejmuje oklepywanie
<b>6. Świadczenia diagnostyczne w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej</b>				
6.1	Pomiar podstawowych parametrów życiowych (ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, temperatury)	5.01.27.0600001	5	dotyczy wykonania pomiaru wszystkich parametrów
6.2	Obserwacja występowania i pomiar obrzęków	5.01.27.0600002	3	dotyczy wykonania niezbędnych pomiarów
6.3	Wykonywanie pomiaru glikemii przy użyciu glukometru lub testów paskowych	5.01.27.0600003	5	obejmuje koszty materiałowe zabiegu
6.4	Pobieranie materiałów do badań: krwi, moczu, wymazów	5.01.27.0600004	5	świadczenie realizowane przy współpracy ze świadczeniodawcą POZ na którego liście lekarskiej znajduje się pacjent. Obejmuje czynności przygotowawcze, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia. Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków transportu pobranych materiałów, zgodnie ze standardami jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych odpowiada zleceniodawca.
6.5	Kontrola diurezy, prowadzenie bilansu wodnego	5.01.27.0600005	2	
<b>7. Wsparcie organizacyjne w zakresie korzystania ze świadczeń systemu opieki zdrowotnej i socjalnej w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej</b>				
7.1	Pomoc w zapewnieniu świadczeń opieki socjalnej, środków leczniczych i sprzętu niezbędnego do opieki i leczenia w domu	5.01.27.0700001	21	obejmuje współdziałanie z organizacjami i instytucjami w zakresie wsparcia osób i rodzin z problemami zdrowotnymi, poradnictwo w zakresie korzystania z systemu opieki zdrowotnej i socjalnej, współpracę z innymi członkami zespołu terapeutycznego
<b>8. Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze realizowane poza planem indywidualnej opieki w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej</b>				
8.1	Stosowanie baniek lekarskich	5.01.27.0800001	12	obejmuje oklepywanie pleców
8.2	Podawanie insuliny	5.01.27.0800002	4	obejmuje edukację pacjenta w zakresie dawkowania, samokontroli i samodzielnego wykonywania iniekcji z insuliny przez pacjenta lub rodzinę
8.3	Podawanie leków w postaci iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych	5.01.27.0800003	5	obejmuje sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
8.4	Podawanie leków w postaci iniekcji dożylnych	5.01.27.0800004	10	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia



8.5	Podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych	5.01.27.0800005	19	obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia
8.6	Wykonywanie pomiaru glikemii przy użyciu glukometru lub testów paskowych	5.01.27.0800006	5	obejmuje koszty materiałowe zabiegu
8.7	Pobieranie materiałów do badań: krwi, moczu, wymazów	5.01.27.0800007	5	świadczenie realizowane przy współpracy ze świadczeniodawcą POZ na którego liście lekarskiej znajduje się pacjent. Obejmuje czynności przygotowawcze, sprzęt jednorazowego użytku niezbędny do wykonania zlecenia. Za zapewnienie pojemników do badań oraz warunków transportu pobranych materiałów, zgodnie ze standardami jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych odpowiada zleceniodawca.

**Załącznik nr 3  
do zarządzenia nr 1/2008/DSOZ  
Prezesa NFZ  
z dnia 4 stycznia 2008 r.**

**Załącznik nr 15 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

.....  
pieczęć świadczeniodawcy  
Nr umowy z NFZ

**ANKIETA ŚWIADCZENIOBIORCY  
W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY  
(wypełnia pielęgniarka POZz)**

**Uwaga!** Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia gruźlicą płuc oraz skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

**Dane świadczeniobiorcy:**

Nazwisko |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||  
Imię |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
PESEL |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
tel. kontaktowy |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
Miejscowość |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
Kod |\_||\_||\_||-||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
Poczta |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
Ulica |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
Nr lokalu |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
Nr mieszk. |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_  
Wykonywany zawód: |\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||\_||

**I. KRYTERIUM WYKLUCZAJĄCE Z PROGRAMU**

**(odpowiedź TAK nie pozwala na objęcie programem)**

Czy miała Pan/Pani w przeszłości rozpoznaną gruźlicę? TAK |\_||\_||, NIE |\_||\_||

**II. CZĘŚĆ WŁAŚCIWA ANKIETY**

1 Jakiej są Pana/Pani warunki mieszkaniowe?

a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (> 4 osób na 1 pokój) TAK |\_||\_||, NIE |\_||\_||

b) jestem osobą bezdomną TAK |\_||\_||, NIE |\_||\_||

c) jestem pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej TAK |\_||\_||, NIE |\_||\_||

2 Czy mieszkający z Panem/Panią, czy też przebywający w Pana/Pani otoczeniu chorują/chorowali na gruźlicę?

TAK |\_||\_||, NIE |\_||\_||

- 3 Czy jest Pan/Pani osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 4 Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu cukrzycy? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 5 Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 6 Czy określiliby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 7 Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 8 Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 9 Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 10 Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 11 Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:
- a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- b) krwiotłucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAK|\_|, NIE |\_|\_|
- 12 Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAK|\_|, NIE |\_|\_|

### Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....  
data i podpis świadczeniobiorcy

### LEGENDA:

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 1c, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11d, 12 - 1 PKT,**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ „TAK” w pytaniach 1a, 1b, 2, 6, 11a, 11b, 11c, - 2 PKT.**

**LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ**

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

- 24 -10            podwyższone  
9 - 1              umiarkowane

**Wynik oceny na podstawie ankiety**

**U pacjenta stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowania na gruźlicę (uzyskał > 9 punktów) i został skierowany celem dalszej oceny stanu zdrowia do lekarza poz, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje.**

(adres Poradni) .....

TAK |  |

NIE |  |

.....  
data, pieczęćka i podpis pielęgniarki poz

**Załącznik nr 4**  
**do zarządzenia nr 1/2008/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 4 stycznia 2008 r.**

**Załącznik nr 5 do umowy POZ, stanowiącej załącznik nr 19 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

Świadczeniodawca: (nazwa)  
 Kod umowy : (nr sygnatury)  
 Okres sprawozdawczy (Symbol ankiety): POZ-(xx)<sup>1</sup> -2007

**WZÓR ZBIORCZEGO RAPORTU STATYSTYCZNEGO**  
**Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W POZ**

Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML:

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>2</sup>	NZ <sup>3</sup> Kod świadczenia wg	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń	Sprawozdawczość elektroniczna – format XML
<b>1</b>			<b>Lekarz poz</b>		
1.1	5.01.00.0000044	2.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona w miejscu udzielania świadczeń		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.2	5.01.00.0000045	8.4	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona w domu pacjenta		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.3	5.01.00.0000046	2.11	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.4	5.01.00.0000047	2.11	porada lekarska diagnostyczno-terapeutyczna udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.5	5.01.00.0000048	48.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób układu krążenia		<b>Sprawozdawczość merytoryczna – SIMP on line</b> <b>Sprawozdawczość rozliczeniowa – komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych</b>
1.6	5.01.00.0000049	48.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.7	5.01.00.0000050	48.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) z wykonanym badaniem spirometrycznym – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
1.8	5.01.00.0000051	48.4	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

1.9	100101	2.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w miejscu udzielania świadczeń		komunikat z danymi zbiorczymi
1.10	100102	8.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w domu pacjenta		komunikat z danymi zbiorczymi
1.11	100103	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 2 latków		komunikat z danymi zbiorczymi
1.12	100104	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 4 latków		komunikat z danymi zbiorczymi
1.13	100105	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 6 latków		komunikat z danymi zbiorczymi
1.14	100106	2.17	liczba wykonanych pozostałych badań bilansowych u dzieci i młodzieży		komunikat z danymi zbiorczymi
1.15	100107	46.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych <sup>5</sup> wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku od 0 do 6 lat		komunikat z danymi zbiorczymi
1.16	100108	46.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych <sup>5</sup> wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku od 7 do 19 lat		komunikat z danymi zbiorczymi
1.17	Kody badań zgodnie z załącznikiem nr 6 do umowy		liczba wykonanych badań diagnostycznych świadczeniobiorcom, zgodnie z wykazem określonym w załączniku nr 6 do umowy		komunikat z danymi zbiorczymi (co pół roku)
<b>2</b>			<b>Pielęgniarka poz</b>		
2.1	Kody zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”		świadczenia zrealizowane w okresie rozliczeniowym w trakcie wizyt pacjentów zadeklarowanych zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
2.2	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
2.3	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
2.4	100203	8.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie rozliczeniowym w gabinecie pielęgniarki poz		komunikat z danymi zbiorczymi
2.5	5.01.00.0000054	46.6	porada profilaktyczna w programie profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
2.6	5.01.00.0000052	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
2.7	5.01.00.0000053	8.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>3</b>			<b>Położna poz</b>		
3.1	100301	7.7	liczba zrealizowanych wizyt patronażowych u pacjentów zadeklarowanych		komunikat z danymi zbiorczymi
3.2	100302	7.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.3	100303	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie rozliczeniowym w gabinecie pielęgniarki poz		komunikat z danymi zbiorczymi
3.4	100304	X	liczba świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.5	100305	X	liczba świadczeń diagnostycznych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.6	100306	X	liczba świadczeń pielęgnacyjnych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.7	100307	X	liczba świadczeń leczniczych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.8	100308	X	liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w okresie rozliczeniowym		komunikat z danymi zbiorczymi
3.9	5.01.00.0000055	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych

			miejszem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa		i szpitalnych
3.10	5.01.00.0000056	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji		komunikat dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych
<b>4</b>			<b>Pielęgniarka szkolna</b>		
4.1	100401	45.17	liczba wykonanych bilansów zdrowia		komunikat z danymi zbiorczymi
4.2	100402	45.20	liczba wykonanych badań przesiewowych w pozostałych rocznikach		komunikat z danymi zbiorczymi
4.3	100403	45.21	liczba wykonanych i udokumentowanych innych świadczeń profilaktycznych		komunikat z danymi zbiorczymi
4.4	100404	45.11	liczba udzielonych uczniom świadczeń pomocy doraźnej		komunikat z danymi zbiorczymi
4.5	100501	45.21	liczba uczniów klas I-VI objętych grupową profilaktyką fluorową w okresie sprawozdawczym		komunikat z danymi zbiorczymi

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis osoby uprawnionej )

#### Objaśnienia:

<sup>1)</sup> oznaczenie miesiąca (okresu sprawozdawczego) w formacie dwucyfrowym np. 01 – styczeń

<sup>2)</sup> kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

<sup>3)</sup> kod dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ

<sup>4)</sup> dotyczy jednostkowo wykonanego szczepienia niezależnie od postaci szczepionki (np. szczepionki skojarzone należy wykazywać, jako jedno szczepienie)

#### Słownik efektów udzielanych świadczeń w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Kod efektu	Nazwa efektu
1011	pacjent podjął próbę zaprzestania palenia
1012	pacjent objęty leczeniem odwykowym w etapie podstawowym Programu
1013	pacjent zakwalifikowany do grupy ryzyka POChP
1014	pacjent z rozpoznaną POChP
1015	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w etapie specjalistycznym Programu
1016	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w poradni leczenia uzależnień

#### Słownik efektów udzielanych świadczeń w Programie profilaktyki gruźlicy

Kod efektu	Nazwa efektu
2011	pacjent skorzystał z edukacji zdrowotnej w Programie
2012	pacjent zakwalifikowany do grupy umiarkowanego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2013	pacjent zakwalifikowany do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2014	pacjent przekazany celem dalszej diagnostyki i leczenia lekarzowi poz

**Załącznik nr 5**  
**do zarządzenia nr 1/2008/DSOZ**  
**Prezesa NFZ**  
**z dnia 4 stycznia 2008 r.**

**Załącznik nr 6 do umowy POZ, stanowiącej załącznik nr 19 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r.**

<b>Nazwa Świadczeniodawcy</b>				
<b>Kod Świadczeniodawcy ( numer umowy )</b>		<b>Okres sprawozdawczy ( półrocze )</b>		<b>Liczba populacji zadeklarowanej na koniec okresu rozliczeniowego</b>
		.....		.....
<b>LP.</b>	<b>Wyszczególnienie ( badania diagnostyczne )</b>	<b>Kod badań diagnostycznych wg NFZ<sup>1</sup></b>	<b>Kod świadczenia wg MZ<sup>2</sup> rozporządzenia</b>	<b>Liczba wykonanych badań w okresie sprawozdawczym</b>
<b>1 Badania hematologiczne</b>				
1	morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym	1001100001	18.9	
2	płytki krwi	1001100002	18.9	
3	retikulocyty	1001100003	18.9	
4	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	1001100004	18.9	
<b>2 Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi</b>				
1	sód	1001200001	18.9	
2	potas	1001200002	18.9	
3	wapń całkowity	1001200003	18.9	
4	żelazo	1001200004	18.9	
5	stężenie transferyny	1001200005	18.9	
6	mocznik	1001200006	18.9	
7	kreatynina	1001200007	18.9	
8	glukoza	1001200008	18.9	
9	test obciążenia glukozą	1001200009	18.9	
10	białko całkowite	1001200010	18.9	
11	proteinogram	1001200011	18.9	
12	albuminy	1001200012	18.9	
13	kwasic moczowy	1001200013	18.9	
14	cholesterol całkowity	1001200014	18.9	
15	cholesterol-HDL	1001200015	18.9	
16	cholesterol-LDL	1001200016	18.9	
17	triglicerydy (TG)	1001200017	18.9	



18	bilirubina całkowita	1001200018	18.9	
19	bilirubina bezpośrednia	1001200019	18.9	
20	fosfataza alkaliczna (ALP)	1001200020	18.9	
21	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	1001200021	18.9	
22	aminotransferaza alaninowa (ALT)	1001200022	18.9	
23	gammaglutamylotranspeptydaza (GGT)	1001200023	18.9	
24	amylaza	1001200024	18.9	
25	kinaza kreatynowa (CK)	1001200025	18.9	
26	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	1001200026	18.9	
27	czynnik reumatoidalny (RF)	1001200027	18.9	
28	miano antystreptolizyn O (ASO)	1001200028	18.9	
29	hormon tyreotropowy (TSH)	1001200029	18.9	
30	antygen HBs-AgHBs	1001200030	18.9	
31	VDRL	1001200031	18.9	
<b>3</b>	<b>Badanie moczu</b>			
1	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu	1001300001	18.9	
2	ilościowe oznaczanie białka	1001300002	18.9	
3	ilościowe oznaczanie glukozy	1001300003	18.9	
4	ilościowe oznaczanie wapnia	1001300004	18.9	
5	ilościowe oznaczanie amylazy	1001300005	18.9	
<b>4</b>	<b>Badanie kału</b>			
1	badanie ogólne	1001400001	18.9	
2	pasożyty	1001400002	18.9	
3	krew utajona - metodą immunochemiczną	1001400003	18.9	
<b>5</b>	<b>Badania układu krzepnięcia</b>			
1	wskaźnik protrombinowy (INR)	1001500001	18.9	
2	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	1001500002	18.9	
3	fibrynogen	1001500003	18.9	
<b>6</b>	<b>Badania mikrobiologiczne</b>			
1	posiew moczu z antybiogramem	1001600001	18.9	
2	posiew wymazu z gardła	1001600002	18.9	
3	ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella; Shigella	1001600003	18.9	
4	białko C-reaktywne (CRP)	1001600004	18.9	
<b>7</b>	<b>Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku</b>	1001700001	27.9	
<b>8</b>	<b>Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej</b>	1001800001	19.9	
<b>9</b>	<b>Zdjęcia radiologiczne</b>			
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	1001900001	21.9	
2	zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa w projekcji AP i bocznej (cały kręgosłup)	1001900002	21.9	
3	zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa w projekcji AP i bocznej (odcinkowe)	1001900003	21.9	
4	zdjęcia kostne - w przypadku kończyn w projekcji AP i bocznej	1001900004	21.9	
5	zdjęcia kostne - w przypadku miednicy w projekcji AP i bocznej	1001900005	21.9	
6	zdjęcie czaszki w projekcji AP i bocznej	1001900006	21.9	
7	zdjęcie zatok w projekcji AP i bocznej	1001900007	21.9	
8	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	1001900008	21.9	

Osoba sporządzająca (nazwisko i imię): ..... Numer telefonu: .....

Data sporządzenia: .....

**Objaśnienia:**

- <sup>1)</sup> kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania
- <sup>2)</sup> kod dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ