



1.1. Data wizyty / /
d d m m r r r r

1.2. ID lekarza:

1.3. ID pacjenta:

1.4. Czy pacjent wyraził świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu?

1.4.1 tak

1.4.2 nie

Jeżeli pacjent nie wyraża zgody na udział w badaniu, należy przerwać zbieranie wywiadu

1.5. Jeżeli tak, proszę podać datę wyznaczonej wizyty kontrolnej: / /
d d m m r r r r

1.6. Czy pobrano próbkę krwi na badanie serologiczne?

1.6.1 tak

1.6.2 nie

1.7. Czy pobrano wymaz z jamy nosowo-gardłowej?

1.7.1 tak, dwa wymazy

1.7.2 tak, jeden wymaz

1.7.3 nie

Informacje o pacjencie

2.1. Płeć pacjenta:

2.1.1 kobieta

2.1.2 mężczyzna

2.2. Data urodzenia: / /
d d m m r r r r

2.3. Miejsce zamieszkania: 2.3.1 województwo:

2.3.2 powiat:

2.3.3 gmina:

2.3.4 miejscowość:

2.4. Wykształcenie ukończone:

2.4.1 nie dotyczy

2.4.2 wyższe

2.4.3 pomaturalne

2.4.4 średnie

2.4.5 zawodowe

2.4.6 podstawowe

2.5. Zawód aktualnie wykonywany:

2.6. Miejsce zbiorowego zamieszkania (w chwili obecnej):

2.6.1 nie dotyczy

2.6.2 dom opieki

2.6.3 dom dziecka

2.6.4 akademik / internat

2.6.5 koszary

2.6.6 inne, wymień:



Palenie tytoniu

3.1. Ile papierosów dziennie wypala pacjent?

- 3.1.1 nie pali
3.1.2 poniżej 10
3.1.3 od 10 do 20
3.1.4 powyżej 20

3.2. Jeżeli obecnie nie pali, to czy palił w przeszłości?

- 3.2.1 nie, nigdy
3.2.2 tak, w ciągu ostatnich 5 lat
3.2.3 tak, 5-10 lat temu
3.2.4 tak, więcej niż 10 lat temu

3.3. Jeżeli pacjent palił w przeszłości, to kiedy przestał palić:

- 3.3.1 < 1 miesiąc przed wizytą
3.3.2 2-6 miesięcy przed wizytą
3.3.3 6-12 miesięcy przed wizytą
3.3.4 >12 miesięcy przed wizytą

3.4. Od ilu lat pacjent pali lub palił papierosy:

Stan zaszczepienia / dane z wywiadu chorobowego

4.1. Czy pacjent posiada dokumentację medyczną dotyczącą szczepień przeciwko krztuścowi?

- 4.1.1 TAK, książeczka zdrowia dziecka lub karta szczepień
4.1.2 dokumentacja jest niepełna, brak części wpisów
4.1.3 międzynarodowy certyfikat szczepień
4.1.4 brak informacji o szczepieniach przeciwko krztuścowi

4.2. Jeżeli tak, proszę uzupełnić informacje o dawkach szczepionki przeciwko krztuścowi:

Nazwa szczepionki

Data szczepienia

4.2.1	.....	.....
4.2.2	.....	.....
4.2.3	.....	.....
4.2.4	.....	.....
4.2.5	.....	.....
4.2.6	.....	.....

4.3. Czy u pacjenta stwierdzono (teraz lub kiedykolwiek w przeszłości) obecność schorzeń innych niż krztusiec, mogących być przyczyną przewlekłego kaszlu? (*wielokrotnego wyboru*)

- 4.3.1 nie
4.3.2 tak (POChP)
4.3.3 tak (astma oskrzelowa)
4.3.4 tak (alergiczny nieżyt nosa)
4.3.5 tak (choroba nowotworowa)
4.3.6 inne, proszę wymienić:



4.4. Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy wystąpiły u pacjenta objawy przewlekłego kaszlu?

4.4.1 tak

4.4.2 nie

4.5. Czy u pacjenta kiedykolwiek rozpoznano krztusiec?

4.5.1 tak

4.5.2 nie

Jeżeli nie, przejdź do pytania 5.1

4.6. Jeśli tak, proszę podać datę zachorowania:

		/			/				
d	d		m	m		r	r	r	r

4.7. Na podstawie jakich kryteriów postawiono rozpoznanie? *(wielokrotnego wyboru)*

4.7.1 wyniki badań serologicznych

4.7.2 obecność DNA *Bordetella pertussis* w materiale badanym

4.7.3 izolacja *Bordetella pertussis* w materiale badanym

4.7.4 objawy kliniczne krztuśca

4.8. Czy wystąpiły powikłania w przebiegu krztuśca?

4.8.1 tak

4.8.2 nie

4.9. Jeśli tak, proszę wymienić powikłania: *(wielokrotnego wyboru)*

4.9.1 zapalenie płuc

4.9.2 napady drgawkowe

4.9.3 inne, proszę wymienić:

4.10. Czy wystąpiła konieczność hospitalizacji w przebiegu zakażenia BP lub jego powikłań:

4.10.1 tak, pacjent był hospitalizowany celem leczenia krztuśca

4.10.2 tak, pacjent był hospitalizowany celem leczenia powikłań krztuśca

4.10.3 nie, pacjent nie był hospitalizowany

Aktualne objawy

5.1. Czy u pacjenta aktualnie występuje kaszel utrzymujący się dłużej niż 14 dni?

5.1.1 tak

5.1.2 nie

Jeżeli nie, przejdź do pytania 5.6

5.2. Proszę podać od ilu dni występuje kaszel:

5.3. Proszę określić charakter kaszlu: *(wielokrotnego wyboru)*

5.3.1 napadowy

5.3.2 pojawiający się głównie nocą

5.3.3 napad kaszlu kończący się wdechem brzęczącym jak pianie koguta

5.3.4 kaszel po którym bezpośrednio występują wymioty

5.3.5 napad kaszlu w następstwie którego występuje bezdech



5.4. Czy u pacjenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiły powikłania z powodu przewlekłego kaszlu?

5.4.1 tak

5.4.2 nie

5.5. Jeśli tak, proszę wymienić powikłania: *(wielokrotnego wyboru)*

5.5.1 zapalenie płuc

5.5.2 napady drgawkowe

5.5.3 inne, proszę wymienić:

5.6. Proszę zaznaczyć jakie inne objawy wystąpiły w przebiegu choroby *(wielokrotnego wyboru)*

5.6.1 gorączka

5.6.2 wymioty

5.6.3 świsty w klatce piersiowej

5.6.4 trudności w połykaniu

5.6.5 utrata masy ciała

5.6.6 inne, proszę wymienić:

Dane epidemiologiczne

6.1. Czy pacjent miał bezpośredni kontakt z osobą o potwierdzonym aktywnym zakażeniu krztuścem?
(wielokrotnego wyboru)

6.1.1 tak, z dzieckiem do 6 roku życia chorym na krztusiec

6.1.2 tak, z osobą powyżej 6 roku życia chorą na krztusiec

6.1.3 nie było kontaktu z osobą chorą na krztusiec

6.2. Jeśli tak, proszę podać okoliczności kontaktu: *(wielokrotnego wyboru)*

6.2.1 brak powiązania

6.2.2 środowisko domowe

6.2.3 dom dziecka

6.2.4 dom opieki

6.2.5 żłobek/ klub malucha/ przedszkole

6.2.6 szkoła

6.2.7 akademik/ internat

6.2.8 koszary

6.2.9 inne

6.3. Proszę podać czy pacjent miał bezpośredni kontakt z inną osobą przewlekłe kaszlącą (kaszel z nieznaną przyczyną utrzymujący się powyżej 14 dni): *(wielokrotnego wyboru)*

6.3.1 tak, z jednym z domowników

6.3.2 tak, z osobą z najbliższego otoczenia

6.3.3 nie było kontaktu z osobą przewlekłe kaszlącą

6.5. Ile osób mieszka aktualnie w gospodarstwie domowym pacjenta?

6.6. Proszę podać metraż gospodarstwa domowego? m²



Koszty medyczne

7.1. Czy pacjent korzystał z pomocy medycznej z powodu przewlekłego kaszlu?

7.1.1 tak

7.1.2 nie

Jeżeli nie, przejdź do pytania 7.5

7.2. Jeśli tak, to z jakiej i ile razy:

	<i>liczba konsultacji finansowanych z NFZ</i>	<i>liczba konsultacji nie finansowanych z NFZ</i>
7.2.1 <input type="checkbox"/> SOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.2.2 <input type="checkbox"/> Pogotowie Ratunkowe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.2.3 <input type="checkbox"/> POZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.2.4 <input type="checkbox"/> Przychodnie Specjalistyczne	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7.3. Czy pacjentowi z powodu przewlekłego kaszlu zostały zlecone dodatkowe badania diagnostyczne?

7.3.1 tak

7.3.2 nie

7.3.3 nie wiem

7.4. Jeśli tak, proszę wymienić:

		LICZBA BADAŃ:	
		<i>finansowanych przez NFZ</i>	<i>nie finansowanych przez NFZ</i>
7.4.1	Morfologia	.....	.....
7.4.2	Poziom białka CRP	.....	.....
7.4.3	Badanie moczu	.....	.....
7.4.4	Rtg klatki piersiowej	.....	.....
7.4.5	CT klatki piersiowej	.....	.....
7.4.6	USG jamy brzusznej	.....	.....
7.4.7	Bronchoskopia	.....	.....
7.4.8	Spirometria	.....	.....
7.4.9	Posiew płwociny	.....	.....
7.4.10	.....	.....	.....
7.4.11	.....	.....	.....
7.4.12	.....	.....	.....

7.5. Czy pacjent przyjmował jakiegokolwiek leki których przyjmowanie miało uśmierzyć lub zniwelować przewlekły kaszel?

7.5.1 tak

7.5.2 nie



7.6. Jeśli tak, proszę wymienić przyjmowane leki:

NAZWA	DAWKA DZIENNA	CZAS LECZENIA (W DNIACH)
7.6.1. <input type="checkbox"/> Antybiotyki:		
7.6.2.
7.6.3.
7.6.4.
7.6.5. <input type="checkbox"/> NLPZ		
7.6.6.
7.6.7.
7.6.8.
7.6.9. <input type="checkbox"/> Leki przeciwkaszlowe/wykrztuśne:		
7.6.10.
7.6.11.
7.6.12.
7.6.13. <input type="checkbox"/> Leki przeciwwymiotne		
7.6.14.
7.6.15.
7.6.16.
7.6.17. <input type="checkbox"/> Inne leki/ suplementy diety/witaminy/leki ziołowe		
7.6.18.
7.6.19.
7.6.20.
7.6.21.
7.6.22.

7.7. Czy pacjent był hospitalizowany z powodu przewlekłego kaszlu?

- 7.7.1 tak
- 7.7.2 nie
- 7.7.3 jeśli tak, to ile dni przebywał w szpitalu:
- 7.7.4 rozpoznanie przy wypisie:

7.8. Czy pacjent w wyniku przewlekłego kaszlu przebywał na zwolnieniu lub pod opieką rodziny?

- 7.8.1 tak
- 7.8.2 nie
- 7.8.3 jeśli tak, to ile dni przebywał na zwolnieniu:
- 7.8.4 zwolnienie zostało wystawione przez:
 - 7.8.4.1 lekarza pierwszego kontaktu
 - 7.8.4.2 specjalistę
 - 7.8.4.3 lekarza w szpitalu



8.1. Data wizyty: / /
d d m m r r r r

8.2. Czy pobrano próbkę krwi na kontrolne badanie serologiczne?

8.2.1 tak

8.2.2 nie

8.3. Który z objawów utrzymuje się / pojawił się od ostatniej wizyty: *(wielokrotnego wyboru)*

8.3.1 kaszel utrzymujący się dni

8.3.2. Rodzaj kaszlu:

8.3.2.1 napadowy

8.3.2.2 pojawiający się głównie nocą

8.3.2.3 napad kaszlu kończący się wdechem brzmiącym jak pianie koguta

8.3.2.4 kaszel po którym bezpośrednio występowały wymioty

8.3.2.5 napad kaszlu w następstwie którego występował bezdech

8.3.3. Powikłania:

8.3.3.1 zapalenie płuc

8.3.3.2 napady drgawkowe

8.3.3.3 inne, proszę wymienić:

8.4. W jaki sposób w okresie obserwacji przebiegała choroba?

8.4.1 ustąpienie objawów

8.4.2 utrzymanie się objawów

8.4.3 wystąpienie powikłań

8.5. Czy rozpoznano krztusiec?

8.5.1 tak, wg kryteriów klinicznych

8.5.2 tak, wg kryteriów laboratoryjnych

8.5.3 tak, wg kryteriów klinicznych i laboratoryjnych

8.5.4 nie, nie rozpoznano krztusca

8.6. Jeśli tak, proszę podać czas trwania choroby: dni

8.7. Proszę podać czas od wystąpienia objawów do zgłoszenie się do lekarza: dni

8.8. Czy w czasie trwania objawów pacjent korzystał z pomocy medycznej poza obecną wizytą?

8.8.1 tak

8.8.2 nie

8.9. Jeśli tak, to z jakiej i ile razy: *(wielokrotnego wyboru)*

liczba konsultacji:

8.9.1 SOR

8.9.2 Pogotowie Ratunkowe

8.9.3 POZ

8.9.4 Przychodnie Specjalistyczne

8.10. Czy pacjent z powodu przewlekłego kaszlu miał wykonane jakiegokolwiek dodatkowe badania obrazowe (poza tymi, które zostały zgłoszone podczas pierwszej wizyty)?

8.10.1 tak

8.10.2 nie



8.11. Jeśli tak, proszę wymienić wykonane badania obrazowe:

		LICZBA BADAŃ:	
		finansowanych przez NFZ	nie finansowanych przez NFZ
8.11.1	Rtg klatki piersiowej	.....	.....
8.11.2	CT klatki piersiowej	.....	.....
8.11.3	.....	.....	.....

8.12. Czy pacjent w ciągu 30 dni od ostatniej wizyty przyjmował jakiegokolwiek leki, których celem było uśmierzanie lub zniwelowanie objawów?

8.12.1 tak

8.12.2 nie

8.13. Jeśli tak, proszę wymienić zażywane leki:

	NAZWA	DAWKA DZIENNA	CZAS LECZENIA (W DNIACH)
8.13.1.	<input type="checkbox"/> Antybiotyki:		
8.13.2.	.....	.....	.....
8.13.3.	<input type="checkbox"/> NLPZ		
8.13.4.	.....	.....	.....
8.13.5.	<input type="checkbox"/> Leki przeciwkaszłowe/wykrztuśne:		
8.13.6.	.....	.....	.....

8.14. Czy pacjent w trakcie występowania objawów przebywał na zwolnieniu lekarskim lub pod opieką rodziny?

8.14.1 tak

8.14.2 nie

8.14.3. Jeśli tak, to ile dni pacjent przebywał na zwolnieniu:

8.14.4. Kto je wystawił?

8.15. Czy pacjent był hospitalizowany w trakcie trwania obserwacji?

8.15.1 tak

8.15.2 nie

8.15.3. Jeśli tak, to czy powodem hospitalizacji były objawy krztuśca?

8.15.3.1 tak

8.15.3.2 nie

8.15.4. Data hospitalizacji: / /
d d m m r r r r

8.15.5. Data wypisu: / /
d d m m r r r r

8.16. Czy pacjent zmarł w trakcie trwania obserwacji?

8.16.1 tak

8.16.2 nie

8.16.3. Jeśli tak, to czy powodem zgonu był krztusiec?

8.16.3.1 tak

8.16.3.2 nie

8.16.4. Data zgonu: / /
d d m m r r r r