

Образец за превенција и рано откривање на Дијабетес Мелитус од 14-65 годишна возраст

ОБРАЗЕЦ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И РАНО ОТКРИВАЊЕ НА ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС ОД 14 ДО 65 ГОДИШНА ВОЗРАСТ

Име и презиме на пациентот: _____

Матичен број на осигуреникот (ЕМБГ) _____

Единствен здравствен број на осигуреникот (ЕЗБО) _____

Број на здравствен картон _____

Табела 1

1. Возраст на пациентот:			6. Дали сте или до сега сте биле корисник на антихипертензивна терапија?	
бодови	одговор		бодови	одговор
0	<45		0	Не
2	45-54		2	Да
3	55-65		7. Дали некогаш Ви е измерена повисока вредност на шеќер во крв (при рутински преглед), во тек на болест или во бременост?	
2. Индекс на телесна маса BMI			бодови	одговор
бодови	одговор		0	Не
0	<25		5	Да
1	25-30		8. Дали имате некој во Вашето семејство со дијагностициран дијабетес?	
3	>30 0		бодови	одговор
3. Обем на струк (cm)			0	Не
бодови	мажи	жени	3	Да (баба, дедо, тетка, први братучеди, чичко, вујко)
0	<94	<80	5	Да (родители, браќа, сестри или дете)
3	94-102	80-88	ВКУПЕН ЗБИР НА БОДОВИ ОД СИТЕ 8 ТОЧКИ:	
4	>102	>88	ПРЕТПОСТАВЕН РИЗИК ЗА РАЗВОЈ НА ТИП 2 ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС ВО НАРЕДНИТЕ 10 ГОДИНИ:	
4. Дали вообичаено во текот на денот физички сте активни на работа и/или во домот најмалку 30 мин?			збир на бодови	степен на ризик
бодови	одговор		<7	низок (1% веројатност за добивање дијабетес)
0	Да		7-11	лесно покачен (4% веројатност за добивање дијабетес)
2	Не		12-14	умерен (17% веројатност за добивање дијабетес)
5. Колку често јадете овошје или зеленчук?			15-20	висок (33% веројатност за добивање дијабетес)
бодови	одговор		>20	многу висок (50% веројатност за добивање дијабетес)
0	Секој ден			
1	Не секој ден			

1
2

3
4
5
6
7

Доколку добиените резултати го класифицираат пациентот во групата на лесно покачен и умерен ризик (со прекумерна дебелина - BMI >30 и фамилијарна оптеретеност за дијабет) избраниот лекар задолжително го упатува со Образец ЛУ-1 на биохемиско-лабораториско испитување Орален гликоза толеранс тест (OGTT) во лаборатории со кои ФЗОМ има склучено договор (списокот е објавен на www.fzo.org.mk во делот за лаборатории). Копиите од резултатите на наодите избраниот лекар ги чува во здравствениот картон и задолжително ја пополнува следнава табела (не се препорачува за лица под 42.6 kg поради можност за лажно позитивен резултат, во таков случај пациентот се упатува на повисоко ниво на здравствена заштита):

Табела 2

Дали пациентот е упатен на испитување орален гликоза толеранс тест (OGTT)							ДА 8	НЕ 9				
Добиени резултати од OGTT тест:	< 7.8 mmol/L (140 mg/dL)		Од 7.8 mmol/L (140 mg/dL) до 11.1 mmol/L (200 mg/dL)			>11.1 mmol/L (200 mg/dL)						
	Нормални вредности	ДА 10	НЕ	Пред-дијабетична состојба	ДА 11	НЕ	Поставена дијагноза - дијабетес	ДА 12	НЕ			
Доколку на пациентот му е определена пред-дијабетична состојба задолжително се му се даваат совет за хигиено-диететски режим и физичка активност и/или се пропишува терапија согласно медицина базирана на докази			1. Намалување на телесна тежина од 5 до 7 %		2. Намалување на внес на храна и пијалоци со високо ниво на јагленихидрати		3. Пропишана терапија:		Подобрување на состојбата на следниот контролен преглед: 15			
			13		14				ДА	НЕ	ИСТА	
Упатен на СКЗ3/ТЗЗ:		ДА	НЕ	ДА	НЕ	ДА	НЕ	ДА	НЕ	Доколку ДА, пореди (заокружи број) 16		
17										1	2	3

Доколку добиените резултати од табелата за претпоставен ризик го класифицираат пациентот во групата висок ризик и многу висок ризик или пак добиените резултати од оралниот гликоза толеранс тест (OGTT) потврдуваат дијагноза дијабетес мелитус, тогаш избраниот лекар задолжително го упатува пациентот на повисоко ниво на здравствена заштита. По враќање со резултатите избраниот лекар ги чува во здравствениот картон и задолжително ја пополнува следнава табела:

Табела 3

Дали пациентот е упатен на повисоко ниво на здравствена заштита:					ДА 18	НЕ	
Дали на пациентот му е определена дијагноза:		ДА 19	НЕ 20	Доколку ДА која:			
Доколку на пациентот му е определена дијагноза дали му е препорачана терапија:				ДА	НЕ		
Број на факсимил на лекарот од СКЗ3/ТЗЗ кој одредил дијагноза / препорачал терапија:							
Дали на пациентот му е закажан контролен преглед за следење на неговата здравствена состојба на СКЗ3/ТЗЗ:		ДА	НЕ	Доколку ДА за кој временски период треба да се изврши контролниот преглед:	30-90 денови	ДА	НЕ
					91-180 денови	ДА	НЕ
					181-365 денови	ДА	НЕ
					Еднаш годишно	ДА	НЕ

Потпис на осигуреното лице (своерачно)

Место и датум на прегледот

Потпис и факсимил на избран лекар

Оваа цел се спроведува на 100% од осигурените лица од 14 до 65 годишна возраст, во текот на 2 години со неможност да се реализира целта кај ист пациент наредната година.
 Напомена: Податоците на овој образец се заштитени согласно законските прописи. Со воведување на софтвер за реализација на оваа цел од страна на ФЗОМ, верификацијата на податоците се врши со електронска здравствена картичка на осигуреното лице и избраниот лекар.

Возможни патеки на остварување на цел:

- **Пратена покана (која се однесува за сите цели)**
- **3**
- **(4 или 5) + BMI \leq 30**
- **(4 или 5) + НЕ за дијабетес во семејство**
- **(4 или 5) + (1 или 2) + 0 + 8 + 10**
- **(4 или 5) + (1 или 2) + 0 + 8 + 11 + 13 + 14 + 15 + 16**
- **(4 или 5) + (1 или 2) + 0 + 8 + 12 + 17 + 18 + 20**
- **(4 или 5) + (1 или 2) + 0 + 8 + 12 + 17 + 18 + 19 + сите прашања од Табела3**
- **(6 или 7) + 18 + 20**
- **(6 или 7) + 18 + 19 + сите прашања од Табела3**

Образец за превенција и рано откривање на Нефролошки заболувања од 14-65 годишна возраст

ОБРАЗЕЦ ЗА РАНО ОТКРИВАЊЕ НА НЕФРОЛОШКИ ЗАБОЛУВАЊА ОД 14 ДО 65 ГОДИШНА ВОЗРАСТ

Име и презиме на пациентот: _____

Матичен број на осигуреникот (ЕМБГ) _____

Единствен здравствен број на осигуреникот (ЕЗБО) _____

Број на здравствен картон _____

Табела 1

1. Возраст на пациентот:		5. Дали во поблиската фамилија по крвно сродство имате бубрежно болен особено лекуван со хемодијализа?	
бодови	одговор	бодови	одговор
0	<45	0	Не
1	>45	2	Да
2. Дијагностициран дијабетес		3	Хемодијализа
бодови	одговор	$6. \text{ GFR (ml/min)} = \frac{(140 - \text{возраст}) \times \text{телесна тежина во кг} \times 0,8}{0,810 \times \text{серумски креатинин } (\mu\text{mol/l})}$	
0	нема	бодови	Добиен резултат од GFR
2	има	0	≥ 60
3. Протеини (албумини) во урина		2	31-59
бодови	одговор	4	≤ 30
0	нема	ВКУПЕН ЗБИР НА БОДОВИ ОД СИТЕ 6 ТОЧКИ:	
3	има	ПРЕТПОСТАВЕН РИЗИК ЗА РАЗВОЈ НА БУБРЕЖНО ЗАБОЛУВАЊЕ:	
4. Вредност на крвен притисок		Вкупен збир на бодови	степен на ризик
бодови	вредност	0-5 бодови	низок ризик 1
0	<130/90 mmHg	6-11 бодови	умерен ризик 2
2	130-160/90-100 mmHg	>12 бодови	висок ризик 3
4	>160/100 mmHg		

Осигурениците со **ВИСОК И УМЕРЕН** ризик добиени согласно вкупниот збир на бодови, задолжително се упатуваат на повисоко ниво на здравствена заштита за дополнителни испитувања и определување на дијагноза, терапија и контролни прегледи. Целта се смета за реализирана со евидентирање односно копија од специјалистичкиот извештај / отпусно писмо кај избраниот лекар и пополнување на долната табела:

Табела 2

Дали пациентот е упатен на повисоко ниво на здравствена заштита:			ДА 4	НЕ		
Дали на пациентот му е определена дијагноза:	ДА 5	НЕ 6	Доколку ДА, - шифра по МКБ – 10 :			
Дали на пациентот му е препорачана терапија:			ДА	НЕ		
Број на факсимил на лекарот од СКЗЗ/ТЗЗ кој поставил дијагноза / препорачал терапија:						
Дали на пациентот му е закажан контролен преглед за следење на неговата здравствена состојба на СКЗЗ/ТЗЗ:	ДА	НЕ	Доколку ДА за кој временски период треба да се изврши контролниот преглед:	30-90 денови	ДА	НЕ
				91-180 денови	ДА	НЕ
				181-365 денови	ДА	НЕ
				Еднаш годишно	ДА	НЕ

Оваа цел се спроведува на 100% од осигурените лица од 14 до 65 годишна возраст, во текот на 2 години со неможност да се реализира целта кај ист пациент наредната година.

Потпис на осигуреното лице (своерачно)

Место и датум на прегледот

Потпис и факсимил на избран лекар

Напомена: Податоците на овој образец се заштитени согласно законските прописи.

Со воведување на софтвер за реализација на оваа цел од страна на ФЗОМ, верификацијата на податоците се врши со електронска здравствена картичка на осигуреното лице и избраниот лекар.

Возможни патеки на остварување на цел:

- **Пратена покана (која се однесува за сите цели)**
- **1**
- **(2 или 3) + 4 + 6**
- **(2 или 3) + 4 + 5 + сите прашања од Табела2**

ОБРАЗЕЦ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И РАНО ОТКРИВАЊЕ НА КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА ОД 14 ДО 24 ГОДИШНА ВОЗРАСТ

ОБРАЗЕЦ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И РАНО ОТКРИВАЊЕ НА КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА ОД 14 ДО 24 ГОДИШНА ВОЗРАСТ

Име и презиме на пациентот: _____

Матичен број на осигуреникот (ЕМБГ) _____

Единствен здравствен број на осигуреникот (ЕЗБО) _____

Број на здравствен картон _____

Табела 1

1. Даден совет за здрава исхрана.	ДА	НЕ
2. Дали осигуреникот е гојазен согласно ВМІ за негова возраст?	ДА	НЕ
3. Даден совет за физичка активност.	ДА	НЕ
4. Дали осигуреникот е пушач?	ДА	НЕ
5. Даден совет за престанок на пушење цигари и конзумирање алкохол.	ДА	НЕ
6. Дали осигуреникот конзумира опојни дроги?	ДА	НЕ
7. Дали осигуреникот злоупотребува лекаства / опијати ?	ДА	НЕ
8. Даден совет за препознавање на симптоми на вродени срцеви заболувања.	ДА	НЕ

Во случај да при прегледот избраниот лекар утврди или се сомнева на постоење на кардиоваскуларно заболување кај осигуреното лице од 14 до 24 годишна возраст, потребно е веднаш да го упати осигуреното лице на повисоко ниво на здравствена заштита за дополнителни дијагностички испитувања со цел подетално утврдување/побивање на дијагнозата. Задолжително пациентот мора да се врати со добиените резултати, доколку нема извештај/отпусно писмо целта не се смета за реализирана.

Табела 2

Резултат од испитувањата	Побиена дијагноза- ослободен од ризик	ДА		НЕ		Ано ДА која
		ДА	НЕ	ДА	НЕ	
Бр. на факсимил од лекарот на СКЗЗ/ТЗЗ						

Потпис на осигуреното лице (своерачно)

Место и датум на прегледот

Потпис и факсимил на избран лекар

Доколку избраниот лекар се сомнева во одговорите на осигуреното лице во точките 4, 6 и 7 по завршување на прегледот и потпишување на образецот задолжително го пополнува долното поле за кое прашање изразува сомнеж.

Табела 3

Изразен сомнеж на избраниот лекар за точност на одговорот од осигуреникот под точка број:	4	6	7
---	---	---	---

Оваа цел се спроведува на 100% од осигурените лица од 14 до 24 годишна возраст, во текот на 2 години со неможност да се реализира целта кај ист пациент наредната година.

Напомена: Податоците на овој образец се заштитени согласно законските прописи. Со воведување на софтвер за реализација на оваа цел од страна на ФЗОМ, верификацијата на податоците се врши со електронска здравствена картичка на осигуреното лице и избраниот лекар.

- Сите од Табела 1 (Табела 2 и Табела 3 опционални)

ОБРАЗЕЦ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И РАНО ОТКРИВАЊЕ НА КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА ОД 25 ДО 65 ГОДИШНА ВОЗРАСТ

Во зависност од пресметаниот процент индивидуалниот ризик може да биде:

Многу висок ризик SCORE $\geq 10\%$	ДА 4	НЕ
Висок ризик SCORE ≥ 5 <10%	ДА 3	НЕ
Среден ризик SCORE ≥ 1 и <5 %	ДА 2	НЕ
Низок ризик SCORE < 1%	ДА 1	НЕ

Табела 1

Ризикот може да се процени според SCORE табелата или автоматски да се пресмета на страницата www.HeartScore.org

Осигурениците со **среден, висок и многу висок ризик** добиени согласно SCORE пресметката задолжително се упатуваат на повисоко ниво на здравствена заштита за дополнителни испитувања и определување на дијагноза, терапија и контролни прегледи. Доколку пациентот има промена во нивото на ризик од страна на лекар во СКЗЗ/ТЗЗ истото се евидентира во сегментот за РЕОЦЕНЕТ РИЗИК. Целта се смета за реализирана со евидентирање на специјалистичкиот извештај / отпусно писмо во здравствениот картон на осигуреникот од страна на избраниот лекар и пополнување на долната табела:

Табела 2

Дали пациентот е упатен на повисоко ниво на здравствена заштита:			ДА 5	НЕ		
Дали на пациентот му е поставена дијагноза:	ДА 6	НЕ 7	Доколку ДА – шифра по МКБ – 10:			
Дали на пациентот му е препорачана терапија:			ДА	НЕ		
Број на факсимил на лекарот од СКЗЗ/ТЗЗ кој одредил дијагноза / препорачал терапија:						
Дали на пациентот му е закажан контролен преглед за следење на неговата здравствена состојба на СКЗЗ/ТЗЗ:	ДА	НЕ	Доколку ДА за кој временски период треба да се изврши контролниот преглед:	30-90 денови	ДА	НЕ
				91-180 денови	ДА	НЕ
				181-365 денови	ДА	НЕ
				Еднш годишно	ДА	НЕ

Доколку лекарот специјалист/субспецијалист од СКЗЗ/ТЗЗ по направените здравствени иследувања смета дека има промена во ризикот за појава на фатален кардиоваскуларен настан, со специјалистичкиот извештај ја утврдува здравствената состојба на пациентот, односно направи РЕОЦЕНКА на здравствената состојба на пациентот, тој се враќа кај избраниот лекар со резултатите од иследувањата и избраниот лекарот ја пополнува следната табела:

Следнава табела е задолжителна за пациентот кој има РЕОЦЕНЕТ ризик за од појава на фатален кардиоваскуларен настан во следните 10 години:

Табела 3

НОВ РЕОЦЕНЕТ РИЗИК:	Многу висок		Висок		Среден		Низок	
	ДА	НЕ	ДА	НЕ	ДА	НЕ	ДА	НЕ
Дали е внесена реоценката кај избраниот лекар врз основа на испитувањата кај специјалист од СКЗЗ/ТЗЗ:	ДА 8	НЕ 9	Доколку ДА, наведи бр. на факсимил					

Табела 4

НАПРАВЕНА ЕКГ ДИЈАГНОСТИКА	ДА 10			НЕ		
	Нормален наод	ДА	НЕ	Патолошки наод	ДА	НЕ
Добиениот резултат						

ЕКГ резултатот се чува во здравствениот картон на осигуреникот и без овој резултат целта се смета како неисполнета.

Потпис на осигуреното лице (своерачно)

Место и датум на прегледот

Потпис и факсимил на избран лекар

Оваа цел се спроведува на 100% од осигурените лица од 25 до 65 годишна возраст, во текот на 2 години со неможност да се реализира целта кај ист пациент наредната година.

Напомена: Податоците на овој образец се заштитени согласно законските прописи. Со воведување на софтвер за реализација на оваа цел од страна на ФЗОМ, верификацијата на податоците се врши со електронска здравствена картичка на осигуреното лице и избраниот лекар.

Возможни патеки на остварување на цел:

- **Пратена покана (која се однесува за сите цели)**
- **1**
- **(2 или 3 или 4) + 5 + 7 + 9 + Табела3 + 10 + Табела4**
- **(2 или 3 или 4) + 5 + 6 + Табела2 + 10 Табела4**