ANKIETA KWALIFIKACYJNA DO PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

„Opieka perinatalna – teleKTG + edukacja”

I. Dane podstawowe

Dane osobowe

imię

Nazwisko

data urodzenia

PESEL

adres e-mail

numer telefonu

kod pocztowy

miasto

ulica

numer domu

numer lokalu

kraj

Copernicus Podmiot Leczniczy
sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku

Spółka Samorządu
Województwa Pomorskiego

II. Kryteria formalne

Czy ukończyła Pani 18 lat?

- (●) TAK
- ( ) NIE

Czy mieszka Pani na terenie woj. pomorskiego?

- ( ) TAK
- ( ) NIE

Czy wyraża Pani zgodę na udział w programie?

- ( ) TAK
- ( ) NIE

Czy uczestniczy Pani obecnie w innym programie obejmującym teleKTG lub zdalne monitorowanie KTG, obejmującym zdalne monitorowanie KTG / tele-KTG, finansowanym ze środków publicznych?

- ( ) TAK
- ( ) NIE

Czy posiada Pani dokumentację potwierdzającą aktualny przebieg ciąży?

- ( ) TAK
- ( ) NIE

Rodzaj dokumentu

- [ ] karta ciąży
- [ ] zaświadczenie od lekarza
- [ ] karta informacyjna leczenia szpitalnego
- [ ] inna dokumentacja

III. Informacje o ciąży

Aktualny tydzień (+ dni jeśli tydzień niepełny) ciąży:

Aktualny tydzień ciąży (zakres od 32 do 41):

+ ilość dni w zakresie od 0 do 7

Wyznaczony termin porodu:

Czy ciąża jest pojedyncza?

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Czy jest Pani po ukończonym 36. tygodniu ciąży?

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Czy w aktualnej ciąży była Pani hospitalizowana z powodu nieprawidłowego jej przebiegu?

- ◯ NIE
- ◯ TAK

Jeśli tak:

Data zakończenia hospitalizacji:

Wiek ciąży w dniu zakończenia hospitalizacji:

+ ilość dni w zakresie od 0 do 7

Czy minął już wyznaczony termin porodu?

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Copernicus Podmiot Leczniczy
sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku
Spółka Samorządu
Województwa Pomorskiego

IV. Kryteria medyczne

kwalifikujące do programu

Proszę zaznaczyć wszystkie rozpoznania lub sytuacje dotyczące aktualnej ciąży albo wywiadu położniczego. Rozpoznania powinny być potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Cukrzyca przedciążowa lub ciążowa, obecnie prawidłowo wyrównana

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Nadciśnienie tętnicze przedciążowe lub ciążowe

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Cholestaza ciężarnych

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Konflikt serologiczny ze współistniejącymi przeciwciałami anty-D

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu w wywiadzie (tj. obumarcie płodu po 22. tygodniu ciąży / martwe urodzenie)

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Ograniczenie wzrastania płodu (FGR, ang. fetal growth restriction) w aktualnej ciąży

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Ciąża fizjologiczna / niepowikłana, po terminie porodu

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Inne istotne rozpoznania lub powikłania ciąży (np. stan po zapłodnieniu pozaustrojowym IVF, pierwsza ciąża po 35 r.ż., otyłość, choroby autoimmunologiczne, choroby nerek, stan po przebytej chorobie nowotworowej):

v. Objawy

wymagające pilnej oceny medycznej

Czy obecnie występuje u Pani którykolwiek z poniższych objawów?

Wyraźnie słabsze lub zmniejszone ruchy płodu

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Krwawienie z dróg rodnych

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Odpływanie lub podejrzenie odpływania płynu owodniowego

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Regularne, bolesne skurcze macicy lub podejrzenie rozpoczęcia porodu

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Silny ból brzucha

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Silny ból głowy, zaburzenia widzenia, ból w nadbrzuszu, duszność lub omdlenie

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Gorączka lub objawy infekcji

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Inne niepokojące objawy

- ◯ NIE
- ◯ TAK, jakie?

VI. Warunki techniczne i

organizacyjne

Czy ma Pani dostęp do telefonu umożliwiającego stały kontakt z personelem programu?

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Czy ma Pani dostęp do internetu w miejscu, w którym będzie wykonywane teleKTG?

- ◯ TAK
- ◯ NIE
- ◯ OGRANICZONY / NIESTABILNY

Czy ma Pani możliwość korzystania ze smartfona lub aplikacji/systemu wskazanego przez realizatora programu, jeśli będzie to wymagane?

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Czy będzie Pani mogła wykonywać badania teleKTG zgodnie z instrukcją i planem opieki?

- ◯ TAK
- ◯ NIE

VII. Dostęp do opieki i bariery organizacyjne

Szacowany czas dojazdu do najbliższego oddziału położniczego / izby przyjęć:

- ◯ do 30 minut
- ◯ 31-60 minut
- ◯ powyżej 60 minut
- ◯ nie wiem

Czy wcześniej korzystała Pani z teleporady, aplikacji medycznej lub innej formy zdalnej opieki zdrowotnej?

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Czy obawia się Pani trudności technicznych związanych z obsługą urządzenia?

- ◯ ZDECYDOWANIE NIE
- ◯ RACZEJ NIE
- ◯ TRUDNO POWIEDZIEĆ
- ◯ RACZEJ TAK
- ◯ ZDECYDOWANIE TAK

Czy w Pani miejscu zamieszkania lub najbliższej okolicy znajduje się oddział położniczo-ginekologiczny

- ◯ TAK
- ◯ NIE
- ◯ NIE WIEM

Jak często obecnie musi Pani dojeżdżać na wizyty lub badania związane z ciążą?

- ◯ rzadziej niż raz na 2 tygodnie
- ◯ raz na 1–2 tygodnie
- ◯ kilka razy w tygodniu
- ◯ codziennie lub prawie codziennie
- ◯ trudno powiedzieć

Co najbardziej utrudnia Pani korzystanie ze stacjonarnej opieki w ciąży?

- ◯ odległość
- ◯ koszt dojazdu
- ◯ brak transportu
- ◯ opieka nad innymi dziećmi / osobami zależnymi
- ◯ ograniczenia zdrowotne
- ◯ czas oczekiwania
- ◯ nic istotnie nie utrudnia
- ◯ inne

Copernicus Podmiot Leczniczy
sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku
Spółka Samorządu Województwa Pomorskiego

VIII. Oświadczenia

Potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z moją wiedzą i posiadaną dokumentacją medyczną.

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Zostałam poinformowana, że teleKTG jest elementem wspomagającym opiekę nad ciążą i nie zastępuje standardowej opieki prowadzonej przez lekarza lub położną.

- ◯ TAK
- ◯ NIE

Zostałam poinformowana, że w przypadku wystąpienia objawów alarmowych, pogorszenia samopoczucia lub zmniejszonych ruchów płodu powinnam pilnie skontaktować się z personelem medycznym lub zgłosić się do właściwej placówki, niezależnie od udziału w

programie.

◯ TAK
◯ NIE

Wyrażam zgodę na udział w programie „Opieka perinatalna – teleKTG + edukacja”.

◯ TAK
◯ NIE

Wyrażam dobrowolną zgodę na wykorzystanie moich danych zebranych w ramach programu, w tym danych przekazanych przez podmiot obsługujący system teleKTG, do celów monitorowania, ewaluacji programu oraz analiz naukowych, w formie zanonimizowanej lub pseudonimizowanej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

◯ TAK
◯ NIE

Podpis pacjentki

Data