

Opis zadań Lekarza Rodzinnego w Projekcie



1. Badanie przesiewowe

- A.** Wizyty u lekarza POZ Wypełnienie kwestionariusza przez pacjenta i następnie konsultacje z lekarzem POZ - wypełnienie kwestionariusza przesiewowego przez lekarza POZ, badanie układu ruchu w kierunku RZS wykonywane przez lekarza POZ, wykonanie podstawowych badań krwi (OB, CRP, morfologia)
- B.** Wizyta weryfikująca u lekarza reumatologa w ciągu **14 dni od skierowania**- konsultacje u specjalisty reumatologa
- C.** Wizyta potwierdzająca postawienie diagnozy

Ad.A. Wizyty u lekarza POZ - konsultacje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej

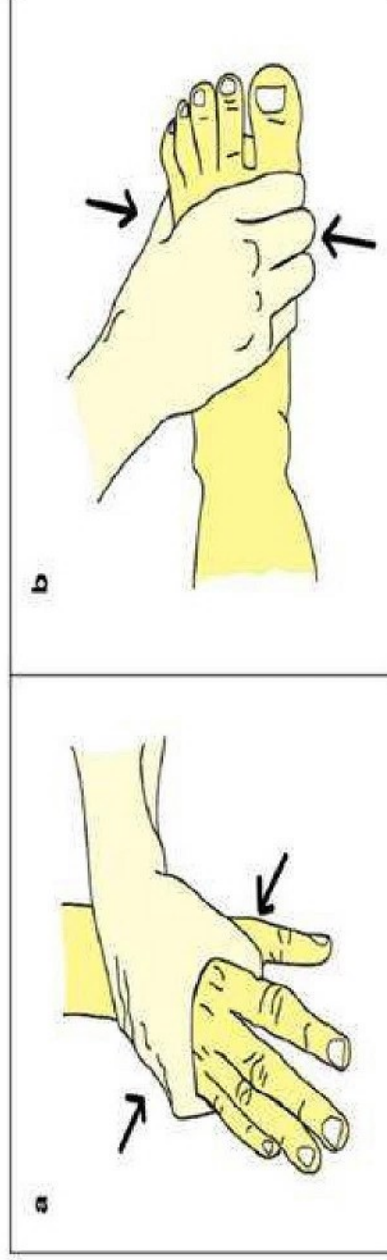
Po wstępnej selekcji na podstawie kryteriów kwalifikacji do badania przesiewowego pacjent zostaje poddany badaniom w kierunku diagnostyki RZS. W czasie wizyty wypełniany jest kwestionariusz pacjenta oraz kwestionariusz przesiewowy dla lekarza POZ. Wykonywane są badania układu ruchu w kierunku RZS (test uciskowy stawów śródrečno – palczkowych oraz śródstopno – palczkowych. Wykonanie podstawowych badań krwi (takich jak: OB, CRP, morfologia).

Kwestionariusz dla pacjenta [formularz w załączeniu]

Kwestionariusz dla lekarza rodzinnego: [formularz w załączeniu]

Badanie fizykalne

W ramach badania fizykalnego konieczne jest zastosowanie prostych testów uciskowych w przypadku objawów ze strony stawów rąk i/lub stóp oraz zbadanie innych stawów w przypadku ich bólu i obrzęku. Występowanie bólu na ucisk sugeruje podejrzenie RZS.



Ryc. 1. Test uciskowy

a) Stawy śródrečno-palczkowe

b) Stawy śródstopno-palczkowe

▪ **Obowiązkowe badania podstawowe krwi takie jak: OB., CRP, morfologia**

W trakcie drugiej wizyty u lekarza POZ kompletowana jest dokumentacja medyczna dotycząca pacjenta (kwestionariusz pacjenta, kwestionariusz przesiewowy dla lekarza POZ, wyniki zleconych badań, opis wyników przeprowadzonego wywiadu oraz wyników badania fizykalnego). Powtórzone są badania układu ruchu w kierunku RZS (test ściskania stawów śródrečno – palczkowych oraz śródstopno – palczkowych) oraz weryfikowane wyniki zleconych badań: OB., CRP, morfologia. W przypadku spełnienia jednego z poniższych kryteriów lekarz POZ wystawi skierowanie do reumatologa.

▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (powyżej 6 punktów) oraz podwyższone wartości OB. i CRP	▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (co najmniej 6 punktów) i/lub lekarza i dodatni test ściskania ręki i/lub stopy
▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla lekarza oraz podwyższone wartości OB. i CRP	▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (co najmniej 6 punktów) i/lub lekarza i dodatni test ściskania innego obrzękniętego stawu



Świadczenia Lekarza POZ są objęte gratyfikacją finansową wynikającą z założeń Projektu :

96 zł.– za każdego pacjenta z podejrzeniem RZS spełniającego kryteria zawarte w projekcie (dwie wizyty lekarskie, badania laboratoryjne) i przekazanego do naszego ośrodka w ciągu 14 dni od drugiej wizyty

Kwestionariusz dla pacjenta (Imię i nazwisko)

Data wypełnienia kwestionariusza..... DD/MM/ROK

Data urodzenia

PESEL:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Początek objawów..... (data lub rok)

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy odczuwasz ból stawów?		
2.	Czy odczuwasz ból nadgarstków/rąk?		
3.	Czy Twoje ręce/nadgarstki są spuchnięte (obrzęknięte)?		
4.	Czy Twoje stawy są sztywne rano? (Czy odczuwasz sztywność poranną w stawach?)		
5.	Czy masz problem z zaciśnięciem ręki w pięść?		
6.	Czy od momentu obudzenia się rano mija więcej niż 1 godzina zanim Twoje stawy poruszają się swobodnie?		
7.	Czy te same stawy są zajęte po obu stronach ciała?		
8.	Czy problemy ze stawami mają wpływ na Twoją aktywność życiową np. masz problemy z samoobsługą, wypoczynkiem lub zmieniłeś swoją aktywność zawodową?		
9.	Czy kiedykolwiek ktoś Ci powiedział, że masz reumatoidalne zapalenie stawów?		
10.	Czy ktoś w Twojej rodzinie ma/miał reumatoidalne zapalenie stawów?		
11.	Czy rozpoznano u Ciebie zmiany na skórze określane jako łuszczyca?		

Interpretacja wyników: ≥6 odpowiedzi na tak z 11 – podejrzenie RZS

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pacjenta)



Wczesne Wykrywanie
Reumatoidalnego
Zapalenia Stawów



➔ Stwierdzenie przynajmniej jednego obrzękniętego stawu lub co najmniej tkliwość dwóch stawów lub ograniczenie ruchomości oraz dwa i więcej z następujących kryteriów.

Kwestionariusz lekarza POZ

Data wypełnienia kwestionariusza..... DD/MM/ROK

Data urodzenia pacjenta

PESEL pacjenta:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Początek objawów..... (data lub rok)

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Szywność poranna trwająca dłużej niż 1 godzina?		
2.	Trudności w zaciśnięciu ręki w pięść w godzinach porannych		
3.	Ból przy przywitaniu i potrząsaniu czyjejs ręki		
4.	Uczucie mrowienia i uczucie wbijania igieł w palcach		
5.	Problem w noszeniu i zakładaniu obrączki lub pierścionków		
6.	Problem podczas chodzenia w dotychczasowo używanym obuwiu(trudność w chodzeniu, ból)		
7.	Dotadni wywiad w kierunku występowania RZS w rodzinie		
8.	Uczucie przewlekłego zmęczenia o niejasnej przyczynie, trwającego krócej niż rok		

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza POZ)

