

2591**ROZPORZĄDZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW**

z dnia 30 listopada 2004 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2004

Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 2004 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2004 (Dz. U. Nr 6, poz. 44, Nr 95, poz. 957 i Nr 217, poz. 2208) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 w ust. 2 po pkt 7a dodaje się pkt 7b—7d w brzmieniu:

„7b) AZD-1 — gospodarstwo domowe;

7c) AZD-2 — zdrowie dorosłych;

7d) AZD-3 — zdrowie dzieci;”;

2) w załączniku nr 2 do rozporządzenia po wzorze formularza AP-2004 — Ankieta Polonijna dodaje się:

a) wzór kwestionariusza AZD-1 — gospodarstwo domowe w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia,

b) wzór kwestionariusza AZD-2 — zdrowie dorosłych w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia,

c) wzór kwestionariusza AZD-3 — zdrowie dzieci w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *M. Belka*

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080 oraz z 2003 r. Nr 217, poz. 2125.

Załączniki do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów
z dnia 30 listopada 2004 r. (poz. 2591)

Załącznik nr 1

WZÓR

 GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY , 00-925 Warszawa, al. Niepodległości 208
AZD-1
Gospodarstwo domowe
STAN ZDROWIA LUDNOŚCI POLSKI

DZIAŁ 1. IDENTYFIKATOR GOSPODARSTWA DOMOWEGO

SYMBOL	Symbol terytorialny							
REJON	Nr rejonu statystycznego i nr obwodu							
NRM	Nr wylosowanego mieszkania							
LGOS	Liczba gospodarstw domowych w mieszkaniu							
NRG	Nr kolejny gospodarstwa domowego w mieszkaniu							
LOS	Liczba osób w gospodarstwie domowym							
LDZ	Liczba dzieci w wieku 0-14 lat							
LDO	Liczba osób w wieku 15 lat i więcej							

1. Przyczyny niezrealizowania wywiadu	A1
Mieszkania nie znaleziono	1
Brak możliwości dotarcia do mieszkania	2
Pod wylosowanym adresem nie ma mieszkania	3
Mieszkanie niezamieszkałe lub zamieszkałe czasowo	4
Odmowa gospodarstwa	5
Mieszkańcy czasowo nieobecni	6
Brak możliwości kontaktu (choroba, osoby głuchonieme itp.)	7
Inne powody niezrealizowania wywiadu	8

DZIAŁ 2. REALIZACJA WYWIADU

NRODP	Nr osoby udzielającej odpowiedzi dot. gospodarstwa domowego						
	Data przeprowadzenia wywiadu						
DZW	Dzień						
MCW	Miesiąc						
CZAS	Czas trwania wywiadu o gospodarstwie – w minutach						
ANKIETER	Numer ankietera						
WIEK_ANK	Wiek						
PŁEĆ_ANK	Płeć: 1 - Mężczyzna; 2 - Kobieta						
NAUKA_ANK	Poziom wykształcenia: 1 - Wyższe; 2 - Średnie; 3 - Poniżej średniego						

DZIAŁ 3. CHARAKTERYSTYKA CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO

NRO	PŁEĆ	DZ	MC	ROK	STOPIEŃ	MATKA	OJCIEC
Numer osoby	Płeć 1. Mężczyzna 2. Kobieta	Data urodzenia			Stopień pokrewieństwa z głową gospodarstwa 1. Głowa gospodarstwa 2. Mąż, żona 3. Partner, partnerka 4. Syn, córka 5. Ojciec, matka 6. Teść, teściowa 7. Zięć, synowa 8. Brat, siostra 9. Dziadek, babka, pradziadek, prababka 10. Wnuk, wnuczka 11. Inny krewny 12. Osoba niespokrewniona	Numer matki (z kol. 1)	Numer ojca (z kol. 1)
		Dzień	Miesiąc	Rok			
1	2	3	4	5	6	7	8
01	1 2				1		
02	1 2						
03	1 2						
04	1 2						
05	1 2						
06	1 2						
07	1 2						
08	1 2						
09	1 2						
10	1 2						
11	1 2						
12	1 2						
13	1 2						
14	1 2						
15	1 2						
16	1 2						
17	1 2						
18	1 2						
19	1 2						
20	1 2						
21	1 2						
22	1 2						
23	1 2						
24	1 2						
25	1 2						

DZIAŁ 4. SYTUACJA MATERIALNA

2. Główne źródło utrzymania gospodarstwa domowego, tj. źródło przynoszące w ciągu ostatnich 12 miesięcy największy dochód, z którego zaspokajane były potrzeby życiowe gospodarstwa jako całości	A2
Praca najemna w sektorze publicznym	1
Praca najemna w sektorze prywatnym	2
Praca na rachunek własny poza rolnictwem, w tym dochody z najmu	3
Praca na rachunek własny w swoim gospodarstwie rolnym (działce rolnej)	4
Praca na rachunek własny w rolnictwie poza swoim gospodarstwem rolnym (działką)	5
Emerytura	6
Renta z tytułu niezdolności do pracy (renta inwalidzka), renta socjalna	7
Renta rodzinna	8
Zasilek dla bezrobotnych	9
Zasilek pomocy społecznej	10
Inne niezarobkowe źródła (świadczenie przedemerytalne, zasilek pielęgnacyjny, rodzinny, alimenty, stypendia itp.), dochody z własności	11
Na utrzymaniu osoby spoza gospodarstwa domowego	12

3. Które z wymienionych stwierdzeń najlepiej opisuje sytuację materialną gospodarstwa domowego?	A3
Wystarcza nam na wszystko bez specjalnych ograniczeń	1
Żyjemy dość oszczędnie i wystarcza nam na wszystko	2
Żyjemy bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy	3
Po uiszczeniu opłat mieszkaniowych pieniędzy wystarcza nam tylko na najtańsze jedzenie i ubranie	4
Po uiszczeniu opłat mieszkaniowych pieniędzy wystarcza nam tylko na najtańsze jedzenie, nie wystarcza na ubranie	5
Pieniądzy wystarcza nam tylko na najtańsze jedzenie i ubranie, ale nie wystarcza na uiszczanie opłat mieszkaniowych	6
Pieniądzy wystarcza nam tylko na najtańsze jedzenie, ale nie wystarcza na ubranie i uiszczanie opłat mieszkaniowych	7
Pieniądzy nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie	8

4. Proszę podać, ile wyniósł przeciętny miesięczny dochód netto gospodarstwa z ostatnich 12 miesięcy (w złotych)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	A4
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------

DZIAŁ 5. WARUNKI MIESZKANIOWE

5. Liczba pokoi zajmowanych przez gospodarstwo	A5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Powierzchnia pokoi zajmowanych przez gospodarstwo (w pełnych metrach kw.)	A6	<input type="text"/>	<input type="text"/>


7. Ogólna powierzchnia całego mieszkania (w pełnych metrach kw.)	A7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8. Wyposażenie mieszkania (zaznaczyć wszystkie właściwe)	A8
Tylko woda bieżąca zimna	1
Woda bieżąca zimna i ciepła	2
Łazienka z prysznicem lub/i wanną	3
Ustęp spłukiwany wodą bieżącą	4
Kuchnia wyłącznie do użytku gospodarstwa	5
Gaz (z sieci, butli itp.)	6

9. Sposób ogrzewania izb mieszkalnych? (zaznaczyć główny lub przeważający rodzaj ogrzewania)	A9
Ogrzewanie zbiorcze z sieci	1
Ogrzewanie indywidualne - na paliwa stałe (węgiel, drewno, koks, brykiety itp.) - np. centralne, piece	2
Ogrzewanie indywidualne - na inne paliwa (gaz, olej, prąd) - np. centralne, piece	3
Inny sposób ogrzewania mieszkania	4

10. Czy w mieszkaniu jest wilgoć lub grzyb?	A10
Tak	1
Nie	2

WZÓR

 GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY , 00-925 Warszawa, al. Niepodległości 208 AZD-2 Zdrowie dorosłych
STAN ZDROWIA LUDNOŚCI POLSKI

DZIAŁ 1. IDENTYFIKATOR OSOBY

SYM-BOL	Symbol terytorialny								
RE-JON	Nr rejonu statystycznego i nr obwodu								
NRM	Nr wylosowanego mieszkania								
NRG	Nr kolejny gospodarstwa domowego w mieszkaniu								
NRO	Numer kolejny osoby w gospodarstwie domowym								

1. Sposób realizacji wywiadu - odpowiadał	B1
Sam badany	0
Osoba zastępcza z tego gospodarstwa (podać numer osoby)	
Inna osoba zastępcza spoza gospodarstwa	50

DZIAŁ 2. STAN ZDROWIA

2. Jak ogólnie ocenia Pan/i stan swojego zdrowia? (nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy); pytania nie zadajemy osobie zastępczej	B2
Bardzo dobry	1
Dobry	2
Taki sobie, ani dobry, ani zły	3
Zły	4
Bardzo zły	5

3. Czy Pan/i choruje przewlekłe lub ma jakieś długotrwałe problemy zdrowotne trwające 6 miesięcy lub dłużej?	B3
Tak	1
Nie	2

4. Czy z powodu problemów zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) ma Pan/i ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności właściwych dla Pana/Pani wieku (nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dłużej?	B4
Tak, całkowicie ograniczoną	1
Tak, poważnie ograniczoną	2
Nie	3

5. Czy posiada Pan/i ważne orzeczenie ustalające niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo wydane przez Zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych? (w przypadku posiadania dwóch orzeczeń należy zaznaczyć odpowiedź wg orzeczenia najnowszego)	B5
Nie (przejdź do pyt. 6)	1
Tak, posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidztwa (przejdź do pyt. 7)	2
Tak, posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidztwa (przejdź do pyt. 7)	3
Tak, posiadam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub o częściowej niezdolności do pracy lub o celowości przekwalifikowania zawodowego lub o III grupie inwalidztwa (przejdź do pyt. 7)	4
Tak, posiadam orzeczenie o niepełnosprawności - dotyczy tylko osób w wieku 15 lat (przejdź do pyt. 7)	5

6. Czy posiada Pan/i ważne orzeczenie ustalające niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub inwalidztwo - wydane przed 1 stycznia 1998 r. przez Komisję: Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub MON, lub MSWiA?	B6
Nie (jeśli B4 = 3 przejdź do pyt. 8)	1
Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z uprawnieniami do zasiłku pielęgnacyjnego lub o I grupie inwalidztwa	2
Tak, posiadam orzeczenie o II grupie inwalidztwa	3
Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym bez uprawnień do zasiłku pielęgnacyjnego lub o III grupie inwalidztwa	4

7. Wcześniejsze odpowiedzi wskazują, że ma Pan/i pewne ograniczenia dot. sprawności czy zdolności do pracy – a zatem czy występują obecnie u Pana/ Pani następujące grupy schorzeń?			B7
<i>Uwaga! Pytanie także dla B4 = 1,2</i>			
		Tak	Nie
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	1	1	2
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	2	1	2
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	3	1	2
Schorzenia układu krążenia	4	1	2
Schorzenia neurologiczne	5	1	2
Schorzenia psychiczne	6	1	2
Upośledzenie umysłowe	7	1	2
Inne schorzenia	8	1	2

Pytanie 8 - tylko dla osób w wieku 15-18 lat

8. Czy z powodu stanu zdrowia posiada Pan/i orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o specjalnych potrzebach edukacyjnych?		B8
Nie, nie posiadam		1
Tak, o potrzebie indywidualnego nauczania		2
Tak, o potrzebie kształcenia specjalnego		3

9. Czy przeczyta Pan/i np. artykuł w gazecie bez okularów (szkieł kontaktowych)? <input type="radio"/>		B9
Tak, przeczytałem		1
Przeczytałem, ale tylko w okularach (szklach kontaktowych)		2
Nie przeczytałem, chociaż mam okulary (szkła kontaktowe)		3
Nie przeczytałem, bo nie mam okularów (szkieł kontaktowych)		4
Osoba niewidoma lub poważnie niedowidząca (przejdź do pyt. 11)		5
10. Czy dobrze widzi Pan/i czyjąś twarz z odległości 4 m (np. po przeciwnej stronie ulicy) bez okularów (szkieł kontaktowych)?		B10
Tak, dobrze widzę		1
Dobrze widzę, ale tylko w okularach (szklach kontaktowych)		2
Nie widzę dobrze, chociaż mam okulary (szkła kontaktowe)		3
Nie widzę, bo nie mam okularów (szkieł kontaktowych)		4
11. Czy wyraźnie słyszy Pan/i rozmowę z jedną osobą, nie korzystając z aparatu słuchowego?		B11
Tak, wyraźnie słyszę		1
Wyraźnie słyszę, ale tylko z pomocą aparatu słuchowego		2
Nie słyszę, nawet gdy mam aparat słuchowy		3
Nie słyszę, bo nie mam aparatu słuchowego		4
Osoba głucha lub poważnie niedosłysząca		5

12. Czy może Pan/i sama przejść 500 m bez balkoniku, laski lub kuli?		B12
Tak, mogę przejść		1
Mogę przejść, ale tylko z balkonikiem, laską lub kulą		2
Nie przejdę, nawet z balkonikiem, laską lub kulą		3
Nie przejdę, bo nie mam balkoniku, laski ani kuli		4
Osoba niechodząca (przejdź do pyt. 14)		5
13. Czy może Pan/i sam/a wejść po schodach (na 1 piętro) i zejść ze schodów bez laski lub kuli?		B13
Tak, mogę wejść i zejść		1
Wejdę i zejść, ale tylko z laską czy kulą		2
Nie wejdę i nie zejść, nawet z laską lub kulą		3
Nie wejdę i nie zejść, bo nie mam laski ani kuli		4
14. Czy może Pan/i gryźć i żuć twarde pokarmy (np. twarde jabłko, orzechy) bez protezy zębowej?		B14
Tak, mogę gryźć i żuć		1
Mogę gryźć i żuć, bo mam protezę zębową		2
Nie mogę gryźć i żuć, mimo że mam protezę zębową		3
Nie mogę gryźć i żuć, bo nie mam protezy zębowej		4

15. Czy może Pan/i ścisnąć palcami lub utrzymać w dłoni drobny przedmiot np. długopis?		B15
Tak		1
Nie		2
16. Czy może Pan/i odkręcić kurek od wody lub gazu?		B16
Tak		1
Nie		2
17. Czy może Pan/i podnieść i przenieść torbę z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m?		B17
Tak		1
Nie		2
18. Czy może Pan/i jeść samodzielnie?		B18
Tak		1
Nie		2
19. Czy może Pan/i samodzielnie kłaść się i wstawać z łóżka?		B19
Tak		1
Nie		2
20. Czy może Pan/i samodzielnie się ubrać i rozebrać?		B20
Tak		1
Nie		2
21. Czy może Pan/i samodzielnie korzystać z ubikacji (WC)?		B21
Tak		1
Nie		2
22. Czy może Pan/i samodzielnie kąpać się lub brać prysznic?		B22
Tak		1
Nie		2

23. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni były takie dni, w których - z powodu problemów zdrowotnych - musiał/a Pan/i ograniczyć wykonywanie codziennych obowiązków lub zwykłych czynności w domu, szkole, pracy lub w czasie wolnym?	B23
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 26)	2

24. Ile dni to trwało (łącznie z sobotą i niedzielą)? (podać liczbę dni)	B24	
---	------------	--

25. Ile dni spędził/a Pan/i w łóżku? (podać liczbę dni, jeżeli ani jednego – wpisać 0)	B25	
---	------------	--

26. Czy Pan/i choruje lub kiedykolwiek chorował/a?						B26	
Lista chorób	Czy Pan/i choruje lub kiedykolwiek chorował/a?	Jeśli TAK to:					
		Ile lat miał/a Pan/i gdy zaczął/a chorować? (jeśli od urodzenia, wpisać 0)	Czy choroba była stwierdzona przez lekarza?	Czy chorował/a Pan/i	Jeśli Tak, to czy z powodu tej choroby przyjmował/a Pan/i leki lub był/a leczony/a w inny sposób		
					w ciągu ostatnich 12 miesięcy?		
	1-Tak 2-Nie	Wiek w latach	1-Tak, 2-Nie				
0	1	2	3	4	5		
Astma o podłożu alergicznym	1	1 2		1 2	1 2	1 2	
Astma niealergiczna	2	1 2		1 2	1 2	1 2	
Alergia (bez astmy alergicznej)	3	1 2		1 2	1 2	1 2	
Cukrzyca	4	1 2		1 2	1 2	1 2	
Choroba wieńcowa z przebyłym zawałem	5	1 2		1 2	1 2	1 2	
Choroba wieńcowa bez przebytego zawału	6	1 2		1 2	1 2	1 2	
Inne choroby serca	7	1 2		1 2	1 2	1 2	
Nadciśnienie tętnicze	8	1 2		1 2	1 2	1 2	
Miażdżyca	9	1 2		1 2	1 2	1 2	
Przebyty udar lub wylew krwi do mózgu	10	1 2		1 2	1 2	1 2	
Stwardnienie rozsiane	11	1 2		1 2	1 2	1 2	
Choroby kręgosłupa lub dyskopatia	12	1 2		1 2	1 2	1 2	
Osteoporoza (zrzesztnienie kości)	13	1 2		1 2	1 2	1 2	
Przewlekłe zapalenie stawów (reumatyzm)	14	1 2		1 2	1 2	1 2	
Inne choroby zwyrodnieniowe stawów	15	1 2		1 2	1 2	1 2	
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	16	1 2		1 2	1 2	1 2	
Kamica żółciowa	17	1 2		1 2	1 2	1 2	
Inne przewlekłe choroby wątroby	18	1 2		1 2	1 2	1 2	
Kamica nerkowa	19	1 2		1 2	1 2	1 2	
Inne choroby nerek	20	1 2		1 2	1 2	1 2	
Zaćma	21	1 2		1 2	1 2	1 2	
Jaskra	22	1 2		1 2	1 2	1 2	
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc	23	1 2		1 2	1 2	1 2	
Choroby tarczycy	24	1 2		1 2	1 2	1 2	
Przewlekłe choroby skóry	25	1 2		1 2	1 2	1 2	
Padaczka	26	1 2		1 2	1 2	1 2	
Choroba Alzheimera lub otępienie	27	1 2		1 2	1 2	1 2	
Choroba Parkinsona	28	1 2		1 2	1 2	1 2	
Migrena i częste bóle głowy	29	1 2		1 2	1 2	1 2	
Nerwica lub depresja (stany lękowe, zaburzenia nastroju)	30	1 2		1 2	1 2	1 2	
Nowotwór złośliwy (m.in. białaczka i chłoniak)	31	1 2		1 2	1 2	1 2	
Inne choroby przewlekłe	32	1 2		1 2	1 2	1 2	

Uwaga: pytań 27-35 nie zadajemy osobie zastępczej

Odpowiedzi do pyt. 27-35	
1 – Przez cały czas	
2 – Przez większość dni	
3 – Przez kilka dni	
4 – Bardzo rzadko	
5 - Nigdy	

27. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się Pan/i pełen/pełna radości życia?	B27	
28. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a Pan/i, że ma dużo siły i energii do działania?	B28	
29. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się Pan/i wykończony/a, wyczerpany/a?	B29	
30. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się Pan/i zmęczony/a?	B30	
31. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się Pan/i bardzo zdenerwowany/a?	B31	
32. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się Pan/i tak głęboko przygnębiony/a, że nic nie mogło podnieść Pana/Pani na duchu?	B32	
33. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się Pan/i spokojny/a i opanowany/a?	B33	
34. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czuł/a się Pan/i smutny/a, przybity/a lub miał/a Pan/i chandrę?	B34	
35. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/i zadowolony/a?	B35	

36. Ile wynosi Pana/Pani wzrost w centymetrach (bez butów)? (np. 164, 179)	B36	
--	-----	--

37. Ile Pan/i waży w kilogramach (bez ubrania, kobiety w ciąży podają wagę przed ciążą)? (w pełnych kg, np. 58, 98)	B37	
---	-----	--

DZIAŁ 3. USŁUGI MEDYCZNE

38. Czy jest Pan/i objęty/a ubezpieczeniem zdrowotnym?	B38	
Tylko powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym	1	
Powszechnym i dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym	2	
Nie jestem objęty/a żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym	3	
Nie wiem	4	

39. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był/a Pan/i leczony/a w szpitalu (lub w innym zakładzie lecznictwa stacjonarnego) z pobytem trwającym co najmniej 1 noc? (bez sanatoriów uzdrowiskowych)	B39	
Tak	1	
Nie (przejdź do pyt. 44)	2	

40. Ile razy? (podać liczbę pobytów)	B40	
41. W tym ile pobytów przypadło na? (jeżeli żaden – wpisać 0)	B41	
Dializy	1	
Chemioterapię	2	
42. Ile nocy łącznie spędził/a Pan/i w szpitalach w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (podać liczbę nocy)	B42	

43. Opis 3 ostatnich pobytów w szpitalach w ciągu ostatnich 12 miesięcy			B43		
Nr pobytu	Powód 1. Ciąża, poród 2. Uraz, wypadek 3. Choroba przewlekła 4. Inna choroba 5. Badania, obserwacje 6. Inne 7. Nie wiem, nie pamiętam	Liczba nocy	Odpłatność za leczenie (nie ujmować dobrowolnych „dowodów wdzięczności”) 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne		
1	2	3	4		
1			1	2	3
2			1	2	3
3			1	2	3

44. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał/a Pan/i w szpitalu (lub w innym zakładzie lecznictwa stacjonarnego) jako pacjent dzienny (w szpitalnym łóżku, ale bez noclegu – tzw. opieka jednego dnia)?	B44	
--	-----	--

Tak	1	
Nie (przejdź do pyt. 48)	2	

45. Ile razy? (podać liczbę pobytów)	B45	
46. W tym ile pobytów przypadło na? (jeżeli żaden – wpisać 0)	B46	
Dializy	1	
Chemioterapię	2	

47. Opis 3 ostatnich pobytów w szpitalach jednego dnia w ciągu ostatnich 12 miesięcy			B47		
Nr pobytu	Powód 1. Ciąża, poród 2. Uraz, wypadek 3. Choroba przewlekła 4. Inna choroba 5. Badania, obserwacje 6. Inne 7. Nie wiem, nie pamiętam	Liczba nocy	Odpłatność za leczenie (nie ujmować dobrowolnych „dowodów wdzięczności”) 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne		
1	2	3	4		
1			1	2	3
2			1	2	3
3			1	2	3

48. Czy był/a Pan/i u lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu), zakładowego lub lekarza specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	B48
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 51)	2
49. Proszę podać przybliżoną liczbę wizyt w ciągu ostatnich 12 miesięcy	B49

50. Proszę opisać 3 ostatnie wizyty u lekarza w ciągu ostatnich 12 miesięcy				B50
Nr wizyty	Termin ile miesięcy temu (jeżeli w tym miesiącu - wpisać 0)	Główny powód wizyty	Specjalność lekarza	Odpłatność za leczenie (nie ujmować „dowodów wdzięczności”) 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne
1	2	3	4	5
1				1 2 3
2				1 2 3
3				1 2 3

51. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zrezygnował/a Pan/i z wizyt u lekarza (ogólnego lub specjalisty) pomimo takiej potrzeby?	B51
Tak, przynajmniej raz potrzebowałem/am takiej wizyty i zrezygnowałem/am z niej	1
Nie (przejdź do pyt. 53)	2

52. Co było głównym powodem rezygnacji? (tylko 1 odpowiedź)	B52
Brak pieniędzy	1
Długa lista oczekujących	2
Brak czasu	3
Zbyt duża odległość/ brak środka transportu	4
Obawa przed lekarzem, szpitalem, badaniem, leczeniem	5
Wolałem/am poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy zdrowotne miną bez konieczności wizyty	6
Nie znam dobrego lekarza	7
Inne powody	8

53. Czy był/a Pan/i u lekarza dentysty lub ortodonta w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	B53
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 56)	2
54. Proszę podać przybliżoną liczbę wizyt w ciągu ostatnich 12 miesięcy	B54

Odpowiedzi do pyt. 50**Główny powód wizyty**

1. Ciąża, poród
2. Uraz, wypadek
3. Choroba przewlekła
4. Inna choroba
5. Badanie okresowe
6. Kontrola stanu zdrowia
7. Recepta na leki
8. Skierowanie do specjalisty, na badania, do szpitala, sanatorium
9. Sprawy urzędowe, uzyskanie zaświadczenia
10. Inne
11. Nie wiem, nie pamiętam

Lekarze - specjalności

1. Internista (w tym lekarz ogólny, rodzinny)
2. Kardiolog
3. Onkolog
4. Reumatolog
5. Laryngolog
6. Okulista
7. Chirurg ogólny
8. Chirurg ortopeda
9. Gastrolog
10. Ginekolog, położnik
11. Specjalista chorób płuc (pulmonolog)
12. Neurolog
13. Psychiatra
14. Urolog
15. Dermatolog
16. Alergolog
17. Endokrynolog
18. Inny specjalista
19. Nie wiem, nie pamiętam

55. Proszę opisać 3 ostatnie wizyty u lekarza dentysty (ortodonta) w ciągu ostatnich 12 miesięcy			B55
Nr wizyty	Termin wizyty ile miesięcy temu (jeżeli w tym miesiącu - wpisać 0)	Główny powód wizyty 1. Nagły ból lub dolegliwość 2. Przegład, kontrola 3. Leczenie (choroby dziąseł) 4. Paradontoza 5. Protetyka 6. Ortodoncja (wady zgryzu) 7. Inne 8. Nie wiem, nie pamiętam	Odpłatność za leczenie (nie ujmować „dowodów wdzięczności”) 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne
1	2	3	4
1			1 2 3
2			1 2 3
3			1 2 3

56. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zrezygnował/a Pan/i z wizyt u lekarza dentysty (ortodonta) pomimo takiej potrzeby?	B56
Tak, przynajmniej raz potrzebowałem/am takiej wizyty i zrezygnowałem/am z niej	1
Nie (przejdź do pyt. 58)	2

57. Co było głównym powodem rezygnacji? (tylko 1 odpowiedź)	B57
Brak pieniędzy	1
Długa lista oczekujących	2
Brak czasu	3
Zbyt duża odległość/ brak środka transportu	4
Obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem	5
Wolałem/am poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy zdrowotne miną bez konieczności wizyty	6
Nie znam żadnego lekarza dentysty	7
Inne powody	8

58. Jak często chodzi Pan/i do dentysty (ortodenty)?	B58
Regularnie, co 6 miesięcy lub częściej	1
Co najmniej raz w roku	2
Rzadziej niż raz w roku	3
Tylko wtedy, gdy coś mi dolega	4
Wcale nie chodzę do dentysty	5

59. Ile stałych zębów Panu/Pani brakuje (nie licząc ósemek, tzw. zębów mądrości)? (podać liczbę usuniętych, wybitych zębów, jeżeli nie brakuje żadnego zęba wpisać 0)	B59	
--	------------	--

60. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni zażywał/a (stosował/a) Pan/i jakieś leki?	B60
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 62)	2

61. Jeśli tak, to jaki rodzaj leków Pan/i zażywał/a (stosował/a) i czy były one przepisane lub zalecane przez lekarza?	B61
Rodzaje leków	1 – Tak, były przepisane lub zalecane przez lekarza 2 – Nie, nie były
0	1
Obniżające ciśnienie krwi	1 1 2
Obniżające poziom cholesterolu	2 1 2
Na inne choroby układu sercowo-naczyniowego	3 1 2
Na cukrzycę	4 1 2
Na bóle głowy lub migrenę	5 1 2
Na inne bóle	6 1 2
Na astmę	7 1 2
Na przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedmę płuc	8 1 2
Przeciwalergiczne (wysypka, katar, kaszel, łzawienie)	9 1 2
Przeciwdepresyjne	10 1 2
Na problemy żołądkowe	11 1 2
Nasenne i uspokajające	12 1 2

Cd pyt. 61

Rodzaje leków		1 – Tak, były przepisane lub zalecane przez lekarza 2 – Nie, nie były
0	1	
Antybiotyki	13	1 2
Na przeziębienie, grypę lub ból gardła	14	1 2
Tabletki antykoncepcyjne	15	1 2
Leki hormonalne syntetyczne stosowane przy menopauzie, andropauzie, osteoporozie	16	1 2
Inne leki hormonalne	17	1 2
Witaminy, preparaty mineralne	18	1 2
Na inne choroby	19	1 2
Nie wiem na co	20	1 2

62. Czy kiedykolwiek szczepił/a się Pan/i przeciwko grypie?	B62
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 65)	2
63. Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	B63
Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0)	
64. Czyja była główna inicjatywa zaszczepienia się?	B64
Inicjatywa własna	1
Inicjatywa pracodawcy, szkoły, lekarza, rodziny itp.	2

65. Czy kiedykolwiek szczepił/a się Pan/i przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typ B?	B65
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 68)	2
66. Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	B66
Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0)	
67. Jaka była główna przyczyna zaszczepienia się?	B67
Pracuję w grupie zawodowej podwyższonego ryzyka na zakażenie	1
Zabieg chirurgiczny	2
Bliski kontakt z chorym na wirusowe zapalenie wątroby	3
Inicjatywa własna	4
Inne	5

68. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i badany poziom cholesterolu we krwi?	B68
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 70)	2
Nie wiem (przejdź do pyt. 70)	3

69. Czy kiedykolwiek wynik wskazywał na podwyższony poziom cholesterolu całkowitego we krwi (powyżej 200 mg%)?	B69
Tak	1
Nie	2
Nie wiem	3

70. Czy w czasie ostatniej wizyty u lekarza i kontaktu miał/a Pan/i mierzone ciśnienie krwi?	B70
Tak (przejdź do pyt. 72)	1
Nie, bo nigdy nie byłem u lekarza i kontaktu	2
Nie	3

71. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i mierzone ciśnienie krwi?	B71
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 73)	2

72. Czy kiedykolwiek wynik wskazywał na podwyższony poziom ciśnienia krwi (górne, skurczowe ciśnienie powyżej 140mm Hg lub dolne rozkurczowe powyżej 90)?	B72
Tak	1
Nie	2
Nie wiem	3

73. Jak Pan/i na ogół postępuje, gdy coś Panu/Pani dolega lub gdy czuje się Pan/i chory/a?	B73
Jeżeli cokolwiek mi dolega idę od razu do lekarza	1
Uzależniam wizytę u lekarza od rodzaju dolegliwości	2
Idę do lekarza dopiero w ostateczności	3
Wcale nie chodzę do lekarza	4

Pytania 74-87– tylko dla kobiet (pytań nie zadajemy osobie zastępczej)

74. Czy kiedykolwiek miała Pani wykonywaną mammografię?	B74
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 77)	2

75. Kiedy ostatnio miała Pani wykonywaną mammografię?	B75
Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0)	

76. Jaka była główna przyczyna wykonania mammografii?	B76
Zauważyłam niepokojące objawy	1
Należę do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi (np. rak piersi w najbliższej rodzinie)	2
Skorzystałam z ogólnodostępnego programu badań profilaktycznych	3
Dbam o swoje zdrowie i wykonuję badania kontrolne	4
Potwierdzenie diagnozy lekarskiej lub wykluczenie choroby, kontrola wyników leczenia	5
Lekarz zalecił mi wykonanie badań profilaktycznych	6
Inne	7

77. Czy kiedykolwiek miała Pani wykonywane USG piersi?	B77
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 80)	2

78. Kiedy ostatnio miała Pani wykonywane USG piersi?	B78
Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0)	

79. Jaka była główna przyczyna wykonania USG piersi?	B79
Zauważyłam niepokojące objawy	1

Należę do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi (np. rak piersi w najbliższej rodzinie)	2
Skorzystałam z ogólnodostępnego programu badań profilaktycznych	3
Dbam o swoje zdrowie i wykonuję badania kontrolne	4

Potwierdzenie diagnozy lekarskiej lub wykluczenie choroby, kontrola wyników leczenia	5
Lekarz zalecił mi wykonanie badań profilaktycznych	6
Inne	7

Lekarz zalecił mi wykonanie badań profilaktycznych	6
Inne	7

80. Czy bada Pani sama piersi?	B80
Tak, co najmniej raz w miesiącu	1
Tak, kilka razy w roku	2
Rzadziej lub wcale	3

81. Czy kiedykolwiek miała Pani wykonywaną cytologię (wymaz z szyjki macicy)?	B81
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 84)	2

82. Kiedy ostatnio miała Pani wykonywaną cytologię?	B82
Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0)	

83. Jaka była główna przyczyna wykonania cytologii?	B83
Zauważyłam niepokojące objawy	1
Należę do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy (np. rak szyjki w najbliższej rodzinie)	2

Skorzystałam z ogólnodostępnego programu badań profilaktycznych	3
Dbam o swoje zdrowie i wykonuję badania kontrolne	4
Potwierdzenie diagnozy lekarskiej lub wykluczenie choroby, kontrola wyników leczenia	5

Lekarz zalecił mi wykonanie badań profilaktycznych	6
Inne	7

Lekarz zalecił mi wykonanie badań profilaktycznych	6
Inne	7

84. Ile dzieci Pani urodziła? (jeśli żadnego wpisać 0 i przejdź do pyt. 86)	B84	
--	------------	--

85. W jakim wieku urodziła Pani? (wpisać wiek w ukończonych latach)		B85
Pierwsze dziecko	1	
Ostatnie dziecko	2	

Pyt. 86 i 87 dotyczy tylko kobiet w wieku 15-49 lat

86. Jakie metody regulacji urodzeń stosuje obecnie Pani lub partner? (można podać więcej niż 1 odpowiedź)		B86
Nie dotyczy (przejdź do pyt. 88)	1	
Nie stosujemy żadnych metod (przejdź do pyt. 88)	2	
Mierzenie temperatury lub/i obserwacja śluzu szyjkowego	3	
Kalendarzyk małżeński	4	
Stosunek przerywany	5	
Prezerwatywa	6	
Pigułka antykoncepcyjna lub inne środki hormonalne (np. plastry, zastrzyki)	7	
Spirala	8	
Środki chemiczne i inne mechaniczne	9	
Inne	10	
87. Czy o wyborze metody zdecydował stan zdrowia lub wskazania lekarskie?		B87
Tak	1	
Nie	2	

DZIAŁ 4. STYL ŻYCIA

88. Czy w czasie wolnym wykonuje Pan/i następujące czynności?		B88	
Rodzaje czynności		Czy je Pan/i wykonuje?	
		1 - Tak 2 - Nie	Jeżeli tak- to średnio ile godzin w tygodniu?
	0	1	2
Czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie radia lub inne czynności niewymagające ruchu i wysiłku fizycznego	1	1	2
Spacery, gimnastyka, jazda na rowerze, deskorolce lub inny niezbyt intensywny ruch	2	1	2
Bieganie, pływanie, ćwiczenia aerobiku lub inny sport rekreacyjny, w sezonie praca na działce lub w ogrodzie	3	1	2
Uprawianie intensywnego treningu (np. siłownia), sportu wyczynowego	4	1	2

89. Ile godzin na dobę zwykle Pan/i sypia?	B89
Podać liczbę godzin	
90. Jak zwykle Pan/i sypia?	B90
Bardzo dobrze (przejdź do pyt. 92)	1
Dobrze (przejdź do pyt. 92)	2
Nie najlepiej, ale i nie najgorzej	3
Źle	4
Bardzo źle	5
91. Jeżeli nie sypia Pan/i dobrze, to głównie dlaczego?	B91
Mam kłopoty z zasypianiem	1
Często się budzę w nocy	2
Budzę się zbyt wcześnie i nie mogę już zasnąć	3
Inne powody	4

92. Czy obecnie jest Pan/i na diecie lub czy stosuje Pan/i specjalny sposób żywienia?	B92
Tak, bo jestem w ciąży lub karmię piersią	1
Tak, z powodu choroby przewlekłej	2
Tak, z innych powodów	3
Nie	4
93. Czy w ciągu ostatnich 3 lat zmienił/a Pan/i sposób odżywiania?	B93
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 95)	2
94. Jaki był główny powód zmiany Pana/Pani sposobu odżywiania? (tylko jedna odpowiedź)	B94
Nadwaga	1
Utrzymanie wagi ciała	2
Zmiana stylu życia na zdrowszy	3
Choroba lub dolegliwość zdrowotna	4
Inna przyczyna	5

95. Czy obecnie pali Pan/i papierosy lub inne wyroby tytoniowe (np. fajkę, cygara)?	B95
Tak, codziennie (przejdź do pyt. 96)	1
Tak, okazjonalnie (przejdź do pyt. 97)	2
Nie, ale paliłem/am codziennie (przejdź do pyt. 98)	3
Nie, ale paliłem/am okazjonalnie (przejdź do pyt. 99)	4
Nie, nigdy nie paliłem/am (przejdź do pyt. 100)	5

96. Ile papierosów pali Pan/i przeciętnie każdego dnia?	B96
Podać ile sztuk (dla osób palących fajkę lub cygara - wpisać liczbę 99)	
97. Ile lat Pan/i pali (wylączając okresy niepalenia)?	B97
Podać liczbę lat (jeżeli krócej niż 1 rok wpisać liczbę 0) i przejdź do pyt. 100	

98. Ile papierosów pali/a Pan/i przeciętnie każdego dnia?	B98
Podać ile sztuk (dla osób palących fajkę lub cygara - wpisać liczbę 99)	
99. Jak długo już Pan/i nie pali?	B99
Podać liczbę lat (jeżeli krócej niż 1 rok wpisać liczbę 0)	

100. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił/a Pan/i jakiegokolwiek napoje alkoholowe, nawet jeżeli to były niewielkie, symboliczne ilości, np. szklanka piwa, kieliszek wina czy wódki?	B100
Codziennie	1
5-6 razy w tygodniu	2
3-4 razy w tygodniu	3
1-2 razy w tygodniu	4
1-3 razy w miesiącu	5
6-11 razy w roku	6
2-5 razy w roku	7
1 raz w roku	8
Ani razu (przejsć do pyt. 103)	9

101. Co i ile zwykle Pan/i wypija przy jednej okazji? (wypełnić co najwyżej 2 wiersze)			B101
Rodzaje pitego alkoholu	Piwo	Wino	Wódka lub inne napoje spirytusowe
	podać ile		
	Butelka 0,5 l	Kieliszków 100 g	Kieliszków 50 g
0	1	2	3
Piwo, wino i wódkę (lub inne napoje spirytusowe)	1		
Wino i wódkę (lub inne napoje spirytusowe)	2		
Piwo i wódkę (lub inne napoje spirytusowe)	3		
Piwo i wino	4		
Tylko wódkę (lub inne napoje spirytusowe)	5		
Tylko wino	6		
Tylko piwo	7		

102. Ile razy zdarzyło się Panu/Pani wypić przy jednej okazji co najmniej 1 butelkę wina lub 4 kieliszki wódki, bądź 3 butelki piwa? (podać ile razy; jeżeli ani razu - wpisać 0)	B102
W ciągu ostatniego roku	1
W ciągu ostatnich 4 tygodni	2

Pyt. 103 tylko dla osób w wieku 15-64 lata

103. Czy zdarzyło się Panu/Pani używać następujące środki w celach nieleczniczych?			B103		
Rodzaje środków	Czy kiedykolwiek używał/a Pan/i?	Jeśli tak to		Jeżeli tak - to ile razy w ciągu (jeżeli ani razu wpisać 0)	
		Ile miał/a Pan/i lat, gdy po raz pierwszy zażywał/a?	Czy używał/a je Pan/i w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	ostatnich 12 miesięcy	ostatniego miesiąca
	1-Tak 2-Nie		1-Tak 2-Nie		
0	1	2	3	4	5
Leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę lekarską - bez przepisu lekarza	1	1 2	1 2		
Marihuana lub haszysz	2	1 2	1 2		
LSD	3	1 2	1 2		
Grzyby halucynogenne	4	1 2	1 2		
Amfetamina	5	1 2	1 2		
Ecstasy	6	1 2	1 2		
Kokaina lub crack	7	1 2	1 2		
Heroina	8	1 2	1 2		
Polska heroina, tzw. „kompot”	9	1 2	1 2		
Relevin	10	1 2	1 2		
Substancje wziewne (np. kleje, farby, rozpuszczalniki)	11	1 2	1 2		
Sterydy anaboliczne	12	1 2	1 2		
Inne środki psychoaktywne	13	1 2	1 2		

DZIAŁ 5. DANE UZUPEŁNIAJĄCE

104. Czy w ostatnim tygodniu wykonywał/a Pan/i jakąkolwiek pracę (stałą, dorywczą lub nierejestrowaną) przynoszącą dochód lub zarobek (w gotówce lub naturze), bądź pomagał/a nieodpłatnie w rodzinnej działalności gospodarczej?	B104
Tak (przejdź do pyt. 105)	1
Czasowo nie pracowałem/am z powodu choroby, urlopu, przerwy w działalności zakładu, strajku itp., ale mam pracę (przejdź do pyt. 105)	2
Nie (przejdź do pyt. 108)	3

105. Pracował/a Pan/i jako?	B105
Pracownik najemny (tj. zatrudniony na podstawie stosunku pracy, wykonujący pracę nakładczą, agenci itp.)	1
Pracodawca	2
Pracujący na rachunek własny (niezatrudniający pracowników)	3
Pomagający członek rodziny	4

106. W jakim zawodzie Pan/i pracował/a?	B106
Podać nazwę zawodu.....	

107. Ile godzin tygodniowo zwykle Pan/i pracuje?	B107
Podać ile godzin (i przejdź do pyt.111)	

108. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni aktywnie poszukiwał/a Pan/i pracy?	B108
Nie (przejdź do pyt. 111)	1
Nie – mam pracę załatwioną i czekam na jej rozpoczęcie w ciągu 3 miesięcy (przejdź do pyt. 111)	2
Tak (przejdź do pyt. 109)	3

109. Czy gdyby Pan/i znalazł/a pracę, mógłby(mogłaby) Pan/i podjąć ją w tym tygodniu lub następnym?	B109
Tak	1
Nie	2
110. Jak długo aktywnie poszukuje Pan/i pracy?	B110
Podać liczbę miesięcy	

Uwaga pytań 111 -113 nie zadajemy osobie zastępczej

111. Jak ocenia Pan/i następujące aspekty swojego życia?	B111	Odpowiedzi
Życie rodzinne	1	1 -Bardzo dobre
Kontakty z przyjaciółmi i znajomymi	2	2 -Dobre
Praca zawodowa	3	3 - Ani dobre ani złe
Warunki mieszkaniowe	4	4 - Złe
Środowisko zamieszkania	5	5 - Bardzo złe
		6 - Nie dotyczy

112. Jak ocenia Pan/i swoje dotychczasowe życie jako całość? (tylko jedna odpowiedź)	B112
Bardzo dobre	1
Dobre	2
Ani dobre ani złe	3
Złe	4
Bardzo złe	5

113. Do kogo może się Pan/i zwrócić o pomoc w poniższych sytuacjach?	B113		
Wyszczególnienie	Problemy ze zdrowiem i konieczność opieki	Problemy finansowe	Porady, wsparcie duchowe
	(można zakreślić więcej niż 1 odpowiedź)		
0	1	2	3
Domownicy	1	1	1
Pozostała rodzina	2	2	2
Przyjaciele, sąsiedzi, znajomi	3	3	3
Kościół, związek wyznaniowy	4	4	4
Inne instytucje lub organizacje	5	5	5
Do nikogo	6	6	6

114. Z czego Pan/i utrzymywał/a się w ciągu ostatnich 12 miesięcy? – proszę wskazać własne, główne źródło dochodów lub osobę, która Pana/Panią utrzymywała	B114	
Praca	Najemna w sektorze publicznym	1
	Najemna w sektorze prywatnym	2
	Na rachunek własny poza rolnictwem, w tym dochody z najmu	3
	Na rachunek własny w swoim gospodarstwie rolnym (działce rolnej)	4
	Na rachunek własny w rolnictwie poza swoim gospodarstwem rolnym (działka)	5
Inne dochody	Emerytura	6
	Renta z tytułu niezdolności do pracy (renta inwalidzka), renta socjalna	7
	Renta rodzinna	8
	Zasiłek dla bezrobotnych	9
	Zasiłek pomocy społecznej	10
	Inne niezarobkowe źródło (świadczenie przedemerytalne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny, alimenty, stypendia itp.) dochody z własności	11
Na utrzymaniu	Osoby z gospodarstwa domowego	12
	Osoby spoza gospodarstwa domowego	13

115. Czas trwania wywiadu – ile minut trwał wywiad	B115	
---	-------------	--

WZÓR

 GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY , 00-925 Warszawa, al. Niepodległości 208 AZD-3 Zdrowie dzieci STAN ZDROWIA LUDNOŚCI POLSKI
--

DZIAŁ 1. IDENTYFIKATOR OSOBY

SYM-BOL	Symbol terytorialny								
RE-JON	Nr rejonu statystycznego i nr obwodu								
NRM	Nr wylosowanego mieszkania								
NRG	Nr kolejny gospodarstwa domowego w mieszkaniu								
NRO	Numer kolejny osoby w gospodarstwie domowym								
NR ODP	Nr osoby udzielającej odpowiedzi dot. dziecka								

DZIAŁ 2. STAN ZDROWIA DZIECKA

1. Jak Pan/i ogólnie ocenia stan zdrowia swojego dziecka? <i>(nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy)</i>	C1
Bardzo dobry	1
Dobry	2
Taki sobie, ani dobry, ani zły	3
Zły	4
Bardzo zły	5

2. Ile ważyło dziecko przy urodzeniu? <i>(podać wagę w gramach)</i>	C2	
3. Ile punktów Apgar dziecko otrzymało po urodzeniu? <i>(podać liczbę punktów w 5 minucie po urodzeniu; skala od 0 do 10)</i>	C3	
4. W którym tygodniu ciąży nastąpił poród? <i>(podać tydzień)</i>	C4	
5. W jaki sposób dziecko się urodziło?	C5	
Siłami natury	1	
Przez cesarskie cięcie	2	
Przy pomocy kleszczy, próżniociągu (vacuum)	3	

6. Czy dziecko było karmione piersią w ciągu pierwszych 48 godzin życia?	C6
Tak	1
Nie	2

7. Ile miesięcy dziecko było karmione piersią? <i>(podać z dokładnością do pół miesiąca, np. 2,5; 8,0); - jeżeli dziecko nie było karmione piersią – wpisać 0 i przejść do pyt 9; - dla dzieci obecnie karmionych piersią podać aktualny wiek dziecka.</i>	C7	
8. W tym wyłącznie piersią (bez dopajania i dokarmiania)? <i>(zasady jw.)</i>	C8	

9. Czy dziecko choruje przewlekłe lub ma jakieś długotrwałe problemy zdrowotne, trwające 6 miesięcy lub dłużej?	C9
Tak	1
Nie	2

10. Czy u dziecka wystąpiły wrodzone wady rozwojowe (tj. wady wykryte przed ukończeniem 2 roku życia)?	C10
Tak	1
Nie <i>(przejdź do pyt. 12)</i>	2

11. Czy były to?	C11	Tak	Nie
Wady serca (układu krążenia)	1	1	2
Wady układu pokarmowego	2	1	2
Wady układu moczowo-płciowego	3	1	2
Wady układu mięśniowo-kostnego i powłok (włącznie z wytrzewieniem i przepukliną przeponową)	4	1	2
Rozszczep kręgosłupa, przepuklina mózgowa, wodogłowie	5	1	2
Rozszczep wargi lub podniebienia	6	1	2
Zaburzenia chromosomowe (np. zespół Downa)	7	1	2
Wady innego narządu lub układu	8	1	2

12. Czy ze względu na stan zdrowia dziecka wymagane jest stosowanie specjalnej diety?	C12
Tak	1
Nie	2

13. Czy u dziecka stwierdzono poważne?	C13	Tak	Nie
Kłopoty ze słuchem	1	1	2
Kłopoty ze wzrokiem	2	1	2
Trudności w mówieniu	3	1	2
Trudności w poruszaniu się	4	1	2
Inne trudności (np. z myciem się, ubieraniem, jedzeniem)	5	1	2

Jeżeli w pyt. 13 - 5 razy Nie - przejść do pyt. 16

14. Co jest pierwotnym powodem tych kłopotów (trudności)?	C14	Tak	Nie
Wrodzona wada rozwojowa	1	1	2
Choroba przewlekła	2	1	2
Wypadek, uraz	3	1	2
Inne	4	1	2
Nie wiem	5	1	2

15. Ile lat trwają te kłopoty (trudności)? (podać czas trwania; w przypadku występowania kilku kłopotów lub trudności należy podać czas trwającej najdłużej)	C15

16. Czy dziecko korzysta z:	C16	Tak	Nie
Okularów lub szkieł kontaktowych	1	1	2
Aparatu słuchowego	2	1	2
Laski, kuli, balkoniku	3	1	2
Wózka inwalidzkiego lub innego wózka	4	1	2

17. Czy z powodu problemów zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) dziecko ma ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności właściwych dla jego wieku (prawidłowa reakcja na bodźce zewnętrzne, udział w grach i zabawach w grupie rówieśników, nauka w szkole, samoobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dłużej?	C17
Tak, całkowicie ograniczoną	1
Tak, poważnie ograniczoną	2
Nie	3

18. Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przez powiatowy lub wojewódzki zespół ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności?	C18
Tak	1
Nie	2

19. Czy z powodu stanu zdrowia dziecko posiada orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o specjalnych potrzebach edukacyjnych?	C19
Nie posiada	1
Tak, o potrzebie wspomagania rozwoju dziecka aż do podjęcia nauki w szkole	2
Tak, o potrzebie indywidualnego nauczania	3
Tak, o potrzebie kształcenia specjalnego	4

20. Czy dziecko choruje lub kiedykolwiek chorowało?	C20					
Lista chorób	Czy dziecko choruje lub kiedykolwiek chorowało?	Jeśli tak to:				
		Ile lat miało dziecko, gdy zaczęło chorować? (jeśli od urodzenia wpisać 0)	Czy choroba była stwierdzona przez lekarza?	Czy dziecko chorowało w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	Jeśli tak, to czy z powodu tej choroby dziecko przyjmowało leki lub było leczone w inny sposób	
					1-Tak 2-Nie	1-Tak 2-Nie
0	1	2	3	4	5	
Astma o podłożu alergicznym	1	1 2		1 2	1 2	1 2
Astma niealergiczna	2	1 2		1 2	1 2	1 2
Alergia (bez astmy alergicznej)	3	1 2		1 2	1 2	1 2
Cukrzyca	4	1 2		1 2	1 2	1 2
Choroby serca i układu krążenia	5	1 2		1 2	1 2	1 2
Choroby oka	6	1 2		1 2	1 2	1 2
Choroby układu pokarmowego	7	1 2		1 2	1 2	1 2
Choroby nerek i układu moczowego	8	1 2		1 2	1 2	1 2
Choroby tarczycy	9	1 2		1 2	1 2	1 2
Choroby kręgosłupa	10	1 2		1 2	1 2	1 2
Częste bóle głowy	11	1 2		1 2	1 2	1 2
Przewlekłe choroby skóry	12	1 2		1 2	1 2	1 2
Przewlekłe stany lękowe, depresja lub zaburzenia zachowania (np. zespół ADHD)	13	1 2		1 2	1 2	1 2
Padaczka (epilepsja)	14	1 2		1 2	1 2	1 2
Nowotwór złośliwy (m.in. białaczka, chłoniak)	15	1 2		1 2	1 2	1 2
Inne choroby przewlekłe	16	1 2		1 2	1 2	1 2

21. Wzrost dziecka w centymetrach (bez butów) <i>(bez znaku po przecinku, np. 98, 150)</i>	C21		
22. Waga dziecka w kilogramach (bez ubrania) <i>(dzieciom poniżej 1 roku życia wpisać w kg i gramach, np. 5 800)</i>	C22	kg	g

DZIAŁ 3. USŁUGI MEDYCZNE

23. Czy dziecko jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym? <i>(dot. tylko dzieci, które realizują już obowiązek szkolny, tj. uczących się w szkole podstawowej lub w gimnazjum)</i>	C23
Tylko powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym	1
Powszechnym i dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym	2
Nie jest objęte żadnym ubezpieczeniem zdrowotnym	3
Nie wiem	4

24. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było leczone w szpitalu (lub w innym zakładzie leczenia stacjonarnego) z pobytom trwającym co najmniej 1 noc? <i>(bez sanatoriów uzdrowiskowych)</i>	C24
Tak	1
Nie <i>(przejdź do pyt. 29)</i>	2
25. Ile razy? <i>(podać liczbę pobytów)</i>	C25
26. W tym ile pobytów przypadało na: <i>(jeżeli żaden – wpisać 0)</i>	C26
Dializy	1
Chemioterapię	2
27. Ile nocy łącznie spędziło dziecko w szpitalach w ciągu ostatnich 12 miesięcy? <i>(podać liczbę nocy)</i>	C27

28. Proszę opisać 3 ostatnie pobyty w szpitalach w ciągu ostatnich 12 miesięcy	C28		
Nr pobytu	Powód 1. Uraz, wypadek 2. Choroba przewlekła 3. Inna choroba 4. Badania, obserwacje 5. Inne 6. Nie wiem, nie pamiętam	Liczba nocy	Odpłatność za leczenie <i>(nie ujmować dobrowolnych „dowodów wdzięczności”)</i> 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne
1	2	3	4
1			1 2 3
2			1 2 3
3			1 2 3

29. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko przebywało w szpitalu (lub w innym zakładzie leczenia stacjonarnego) jako pacjent dzienny <i>(w szpitalnym łóżku, ale bez noclegu – tzw. opieka jednego dnia)?</i>	C29
Tak	1
Nie <i>(przejdź do pyt. 33)</i>	2
30. Ile razy? <i>(podać liczbę pobytów)</i>	C30
31. W tym ile pobytów przypadało na: <i>(jeżeli żaden – wpisać 0)</i>	C31
Dializy	1
Chemioterapię	2

32. Proszę opisać 3 ostatnie pobyty w szpitalach jednego dnia w ciągu ostatnich 12 miesięcy	C32	
Nr pobytu	Powód 1. Uraz, wypadek 2. Choroba przewlekła 3. Inna choroba 4. Badania, obserwacje 5. Inne 6. Nie wiem, nie pamiętam	Odpłatność za leczenie <i>(nie ujmować dobrowolnych „dowodów wdzięczności”)</i> 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne
1	2	3
1		1 2 3
2		1 2 3
3		1 2 3

33. Czy dziecko było u lekarza pierwszego kontaktu (pediatry lub rodzinnego) lub lekarza specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	C33
Tak	1
Nie <i>(przejdź do pyt. 36)</i>	2

34. Proszę podać przybliżoną liczbę wizyt w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	C34
---	-----

35. Proszę opisać 3 ostatnie wizyty u lekarza w ciągu ostatnich 12 miesięcy				C35
Nr wizyty	Termin wizyty Ile miesięcy temu? (jeżeli w tym miesiącu – wpisać 0)	Główny powód wizyty	Specjalność lekarza	Odpłatność za leczenie (nie ujmować dobrowolnych „dowodów wdzięczności”) 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne
1	2	3	4	5
1				1 2 3
2				1 2 3
3				1 2 3

Odpowiedzi do pyt. 35

Główny powód wizyty	Lekarze - specjalności
1. Uraz, wypadek	1. Pediatria, internista (w tym lekarz ogólny, rodzinny)
2. Choroba przewlekła	2. Kardiolog
3. Inna choroba	3. Onkolog
4. Badania okresowe (np. bilans zdrowia)	4. Laryngolog
5. Kontrola stanu zdrowia	5. Okulista
6. Szczepienia	6. Chirurg ogólny
7. Skierowanie do specjalisty, na badania, do szpitala lub sanatorium	7. Chirurg ortopeda
8. Sprawy urzędowe, uzyskanie zaświadczenia	8. Specjalista chorób płuc (pulmonolog)
9. Inne	9. Neurolog
10. Nie wiem, nie pamiętam	10. Psychiatra
	11. Endokrynolog
	12. Urolog
	13. Dermatolog
	14. Alergolog
	15. Inny specjalista
	16. Nie wiem, nie pamiętam

36. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zrezygnowali Państwo z wizyt dziecka u lekarza (pierwszego kontaktu, pediatry, rodzinnego lub specjalisty) pomimo takiej potrzeby?	C36
Tak, przynajmniej raz dziecko potrzebowało takiej wizyty i zrezygnowaliśmy z niej	1
Nie (przejsć do pyt. 38)	2

37. Co było głównym powodem rezygnacji? (tylko 1 odpowiedź)	C37
Brak pieniędzy	1
Długa lista oczekujących	2
Brak czasu	3
Zbyt duża odległość/ brak środka transportu	4
Obawa przed lekarzem, szpitalem, badaniem, leczeniem	5
Woleliśmy poczekać i zobaczyć, czy może problemy zdrowotne dziecka miną bez konieczności wizyty	6
Nie znamy dobrego lekarza	7
Inne powody	8

Pytania 38-44 tylko dla dzieci w wieku 2 lata i więcej

38. Czy dziecko było u lekarza dentyisty lub ortodenty w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	C38
Tak	1
Nie (przejsć do pyt. 41)	2

39. Proszę podać przybliżoną liczbę wizyt w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	C39

40. Proszę opisać 3 ostatnie wizyty u lekarza dentyisty (ortodenty) w ciągu ostatnich 12 miesięcy				C40
Nr wizyty	Termin wizyty Ile miesięcy temu (jeżeli w tym miesiącu - wpisać 0)	Główny powód wizyty 1. Nagły ból lub dolegliwość 2. Przegląd, kontrola 3. Leczenie 4. Ortodoncja (wady zgryzu) 5. Inne 6. Nie wiem, nie pamiętam	Odpłatność za leczenie (nie ujmować dobrowolnych „dowodów wdzięczności”) 1. Całkowicie bezpłatne 2. Częściowo płatne 3. Całkowicie płatne	
1	2	3	4	
1			1 2 3	
2			1 2 3	
3			1 2 3	

Pyt. 41 tylko dla dzieci w wieku 7 lat i więcej

41. Ile stałych zębów dziecku już brakuje (zostały usunięte, wybite; nie licząc ósemek, tzw. zębów mądrości)? (podać ich liczbę; jeżeli dziecku nie brakuje żadnego zęba – wpisać 0)	C41

42. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zrezygnowali Państwo z wizyt dziecka u lekarza dentyisty (ortodenty) pomimo takiej potrzeby?	C42
Tak, przynajmniej raz dziecko potrzebowało takiej wizyty i zrezygnowaliśmy z niej	1
Nie (przejsć do pyt. 44)	2

43. Co było głównym powodem rezygnacji? (tylko 1 odpowiedź)	C43
Brak pieniędzy	1
Długa lista oczekujących	2
Brak czasu	3
Zbyt duża odległość/ brak środka transportu	4
Obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem	5
Woleliśmy poczekać i zobaczyć, czy może problemy zdrowotne dziecka miną bez konieczności wizyty	6
Nie znamy żadnego lekarza dentyisty	7
Inne powody	8

44. Jak często dziecko chodzi do dentysty (ortodenty)?	C44
Regularnie, co 6 miesięcy lub częściej	1
Co najmniej raz w roku	2
Rzadziej niż raz w roku	3
Tylko wtedy, gdy coś mu dolega	4
Dziecko nie chodzi do dentysty	5

45. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko zażywało (stosowało) jakieś leki?	C45
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 47)	2

46. Jeśli tak, to jaki rodzaj leków dziecko zażywało (stosowało) i czy były one przepisane lub zalecane przez lekarza?	C46
Rodzaje leków	1-Tak były przepisane lub zalecane przez lekarza 2 – Nie, nie były
0	1
Antybiotyki	1 1 2
Na przeziębienie, grypę lub ból gardła	2 1 2
Na astmę	3 1 2
Przeciwalergiczne (wysypka, katar, kaszel, łzawienie)	4 1 2
Na problemy żołądkowe, biegunkę	5 1 2
Na cukrzycę	6 1 2
Na bóle głowy lub migrenę	7 1 2
Na inne bóle	8 1 2
Hormonalne syntetyczne	9 1 2
Uspokajające	10 1 2
Witaminy, preparaty mineralne	11 1 2
Na inne choroby	12 1 2
Nie wiem na co	13 1 2

47. Czy dziecko było kiedykolwiek szczepione przeciwko grypie?	C47
Tak	1
Nie (przejdź do Działu 4. Styl życia)	2
48. Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	C48
Podać ile lat temu (jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0)	

49. Czyja była główna inicjatywa zaszczepienia dziecka?	C49
Inicjatywa rodziców lub dziecka	1
Inicjatywa przedszkola, szkoły, lekarza itp.	2

DZIAŁ 4. STYL ŻYCIA

Pytania 50-53 tylko dla dzieci w wieku 2 lat i więcej

50. Ile godzin na dobę dziecko zwykle sypia? (podać liczbę godzin)	C50
51. O której godzinie zwykle dziecko idzie spać? (podać pełną godzinę, np. 19, 20)	C51
52. Ile godzin dziennie dziecko średnio spędza przed telewizorem i/lub przy komputerze? (podać liczbę godzin; jeżeli dziecko nie spędza czasu w ten sposób – wpisać 0)	C52

53. Ile godzin dziennie dziecko średnio przebywa na powietrzu? (podać liczbę godzin; jeżeli dziecko w danym okresie nie przebywa na powietrzu – wpisać 0)	C53
W okresie wiosennym	1
W okresie letnim	2
W okresie jesiennym	3
W okresie zimowym	4

Pytania 54-62 tylko dla dzieci, które chodzą do szkoły

54. Czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?	C54
Tak	1
Nie, jest zwolnione (przejdź do pyt. 56)	2
55. Proszę podać ile godzin tygodniowo?	C55
56. Czy dziecko regularnie uczestniczy w zajęciach gimnastyki korekcyjnej (w szkole lub poza szkołą)?	C56
Tak	1
Nie (przejdź do pyt. 58)	2
57. Proszę podać ile godzin tygodniowo?	C57
58. Czy dziecko regularnie uczestniczy w zorganizowanych zajęciach sportowych (w szkole poza lekcjami, w klubie sportowym, na pływalni)?	C58
Tak	1
Nie (przejdź od pyt. 60)	2
59. Proszę podać ile godzin tygodniowo?	C59

W przypadku pytań 60 i 61 – jeżeli jest to możliwe - zaleca się, aby samodzielnie odpowiadało dziecko.

60. Czy w ostatnim tygodniu						C60
	Wcale	Trochę	Średnio	Bardzo	Ogromnie	
Czuleś się dobrze i byłeś sprawny fizycznie?	1	1	2	3	4	5
Twoje życie było pełne radości?	2	1	2	3	4	5
Dobrze układało Ci się w szkole?	3	1	2	3	4	5

61. Jak często w ostatnim tygodniu						C61
		Nigdy	Rzadko	Dość często	Bardzo często	Zawsze
Byłeś pełen energii?	1	1	2	3	4	5
Odczuwałeś smutek?	2	1	2	3	4	5
Czuleś się samotny?	3	1	2	3	4	5
Byłeś zadowolony z tego, jaki jesteś?	4	1	2	3	4	5
Miałeś wystarczająco dużo czasu dla siebie?	5	1	2	3	4	5
Mogłeś w wolnym czasie robić to, na co miałeś ochotę?	6	1	2	3	4	5
Spędzałeś przyjemnie czas z koleżankami i kolegami (dobrze się bawiłeś)?	7	1	2	3	4	5
Rodzice traktowali Cię dobrze i sprawiedliwie?	8	1	2	3	4	5
W szkole potrafiłeś patrzeć i słuchać z uwagą?	9	1	2	3	4	5

62. Kto odpowiadał na pytania 60-61?	C62
Dziecko samodzielnie	1
Dziecko z pomocą rodzica lub opiekuna	2
Rodzic lub opiekun w imieniu dziecka	3

63. Czas trwania wywiadu w minutach	C63