

****

**20-22 maj 2011**

**podsumowanie**

****

**Szanowni Państwo,**

**W imieniu Oddziału Kraków Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny   
IFMSA-Poland chciałabym Państwu serdecznie podziękować za włączenie się w naszą akcję „Festiwal Zdrowia z IFMSA-Poland”, która odbyła się w dniach 10-22 maja 2011 roku w ramach obchodów Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego.**

**Podczas trzech majowych dni studenci kierunku lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, przy współpracy z Galerią Krakowską, oraz pod patronatem Rektora UJ CM i Fundacji Żyjmy Zdrowo, bezpłatnie przebadali ponad   
2 tysiące Krakowian.**

**Celem naszej akcji było zwrócenie uwagi społeczeństwa na niezwykle ważny aspekt, jakim jest zdrowie oraz na edukacje społeczna z zakresu profilaktyki zakażeń oraz zdrowego trybu życia.**

**Cieszymy się, że nasze zaangażowanie, chęć dzielenia się wiedzą i czasem oraz otwartość na problemy krakowskiej społeczności spotkało się z zainteresowaniem   
i życzliwym odzewem.**

**Przeprowadzenie tej akcji nie byłoby możliwe bez wsparcia z Państwa strony, za które jeszcze raz dziękujemy.**

**Zachęcam do zapoznania się z krótkim podsumowaniem naszej akcji.**

**Z nadzieją na dalszą współprace.**

**Aleksandra Gawrońska**

**Koordynator projektu Festiwal Zdrowia z IFMSA-Poland**

****

**STATYSTYKA:**

20.05.2011 – 22.05.2011:

**3** Lekarzy I Kliniki Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego

**72** studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

**10** stanowisk pomiarowych

**28** godzin pracy

ponad:

**2000** poziomu cukru we krwi

**2000** pomiarów ciśnienia tętniczego krwi

**900** pomiarów zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie

**900** pomiarów cholesterolu we krwi

**700** pomiarów zawartości CO w wydychanym powietrzu



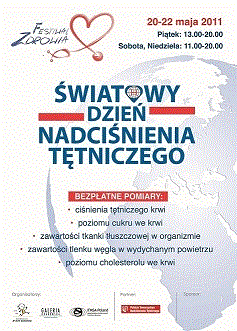
**2000** rozdanych

materiałów

**790** zebranych ankiet

****

**BANER:**

**PLAKAT:**

****

**ANKIETA:**

**KARTA BADANIA**

Inicjały: Data badania:……………………….

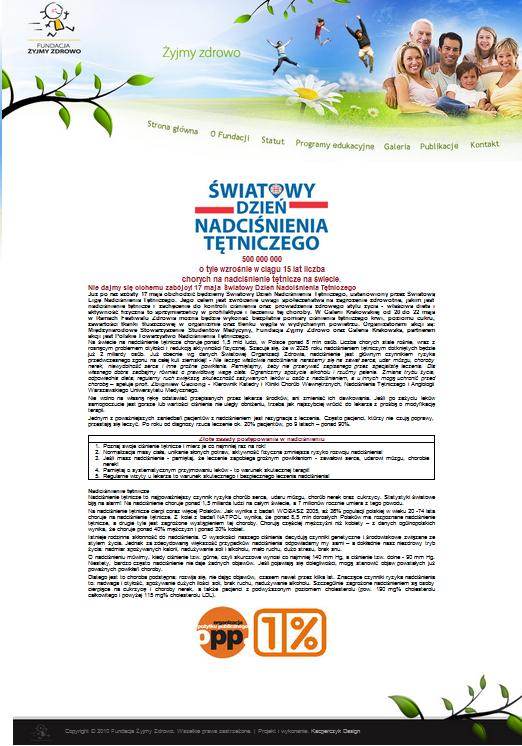
|  |  |
| --- | --- |
| *Płeć:* |  |
| *Wiek:* |  |
| **WYNIKI BADAŃ** |  |
| *Ciśnienie tętnicze:* |  |
| *Wzrost:* |  |
| *Waga:* |  |
| *BMI:* |  |
| *WHR (waist-hip ratio):* |  |
| *Glukoza:* |  |
| *Cholesterol:* |  |
|  |  |

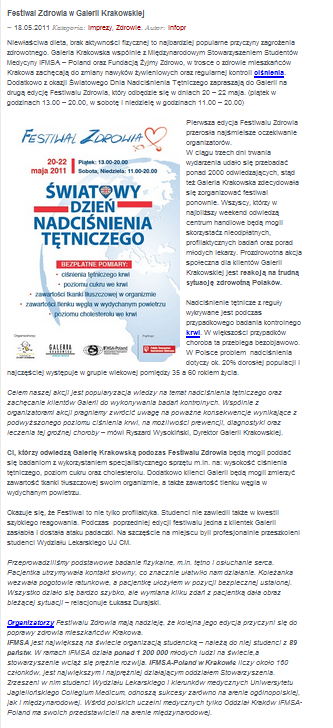
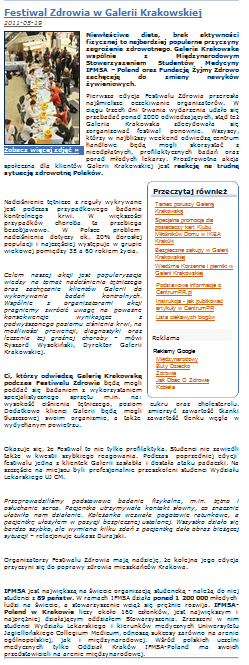
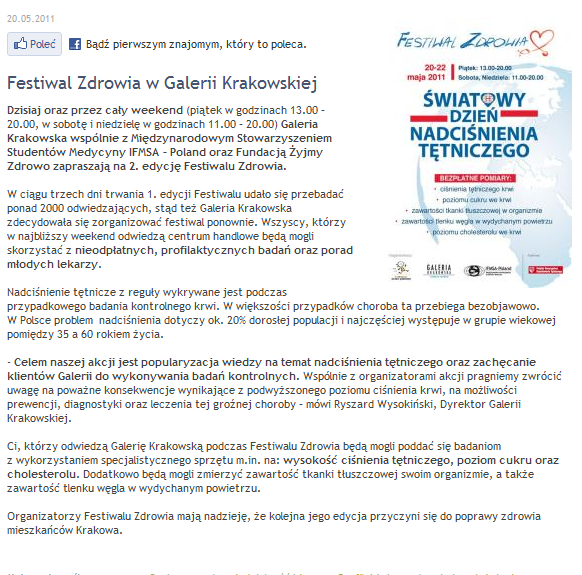
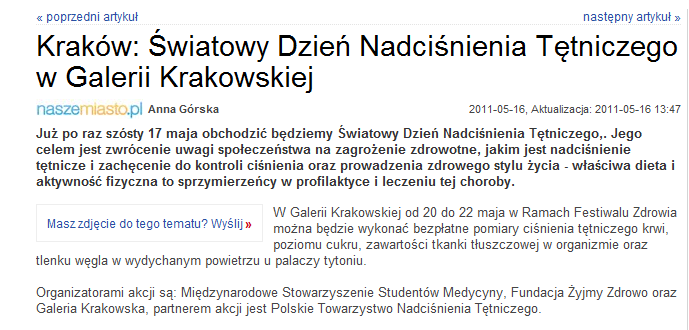
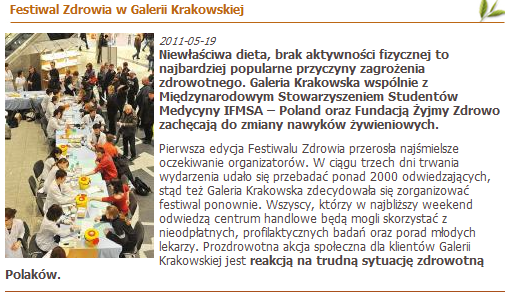
**ANKIETA:** **TAK NIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CZY WYKONUJE PANI/PAN **REGULARNIE** ĆWICZENIA FIZYCZNE (KILKA RAZY W TYGODNIU)?  Ile minut trwają? …….. |  |  |
| CZY AKTUALNIE PALI PANI/PAN **PAPIEROSY** |  |  |
| CZY **W PRZESZŁOŚCI** PALIŁ/A PANI/PAN? |  |  |
| ILOŚĆ **PACZKOLAT** (ILOŚĆ PACZEK DZIENNIE X ILOŚĆ LAT) ………….. |  |  |
| **CZY ZOSTAŁ PANI/PAN KIEDYKOLWIEK POINFORMOWANY PRZEZ LEKARZ ŻE NALEŻY:** |  |  |
| ZWIĘKSZYĆ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ |  |  |
| ZAPRZESTAĆ PALENIA TYTONIU (JEŚLI PALI) |  |  |
| ZREDUKOWAĆ MASĘ CIAŁA (JEŚLI NADWAGA LUB OTYŁOŚĆ - BMI >=25) |  |  |
| STOSOWAĆ DIETĘ BOGATĄ W RYBY MORSKIE, OWOCE I WARZYWA |  |  |
| Z MAŁĄ ZAWARTOŚCIĄ TŁUSZCZY ZWIERZĘCYCH I O KALORYCZNOŚCI |  |  |
| DOSTOSOWANEJ DO RODZAJU WYKONYWANEJ PRACY? |  |  |
| **CZY STWIERDZONO KIEDYKOLWIEK U PANI/PANA (CZY JEST LECZONE):** |  |  |
| NADCIŚNIENIE TAK / NIE / NIE WIEM LECZONE TAK/NIE |  |  |
| CUKRZYCĘ TAK / NIE / NIE WIEM LECZONE TAK/NIE |  |  |
| PODNIESIONY POZIOM CHOLESTEROLU TAK / NIE / NIE WIEM LECZONE TAK/NIE |  |  |
| CHOROBĘ NIEDOKRWIENNĄ SERCA TAK / NIE / NIE WIEM LECZONE TAK/NIE |  |  |
| ZAWAŁ SERCA TAK / NIE |  |  |
| UDAR MÓZGU TAK/ NIE |  |  |
| INNE CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA/JAKIE? ……… |  |  |
| Czy uważa pan/i że **pouczenie przez lekarza** na temat zachowań prozdrowotnych, |  |  |
| jak przestrzeganie diety czy zdrowy styl życia **poprawia ich przestrzeganie**? |  |  |
| **\*\*\* DLA OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH JAKĄKOLWIEK CHOROBĘ SERCA LUB NACZYŃ:** |  |  |
| Czy uważa pan/pani, że pana/pani choroba kardiologiczna może mieć związek ze stresem i emocjami (czynnikami psychicznymi)? |  |  |
| Gdyby Pana/Pani lekarz zaproponował konsultację pańskiej choroby kardiologicznej u psychologa lub psychiatry, czy udałby/udałaby się Pan/Pani na taką konsultację? |  |  |
| **CZY W NAJBLIŻSZEJ RODZINIE (MATKA,OJCIEC, RODZEŃSTWO) WYSTĘPOWAŁY:** |  |  |
| ZAWAŁ SERCA, NAGŁY ZGON LUB UDAR MÓZGU U MATKI LUB SIOSTRY **PRZED 65 R. ŻYCIA** |  |  |
| ZAWAŁ SERCA, NAGŁY ZGON LUB UDAR MÓZGU U OJCA LUB BRATA **PRZED 55 R. ŻYCIA** |  |  |
| ZNACZNIE **PODNIESIONY POZIOM CHOLESTEROLU**, WYMAGAJĄCY PODAWANIA LEKÓW |  |  |
| STWIERDZONA PRZEZ LEKARZA **CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA** |  |  |
| NADCIŚNIENIE TĘTNICZE |  |  |
| CUKRZYCA/podwyższony poziom cukru |  |  |

**PRASA:**

****

****

**  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
ZDJĘCIA:**