



УТІМ

УКРАЇНСЬКЕ  
ТОВАРИСТВО  
ІНСУЛЬТНОЇ  
МЕДИЦИНИ



# ЩОДЕННИК ЗДОРОВ'Я



ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ  
ПАЦІЄНТІВ,  
ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ

## ДЛЯ ЧОГО ПОТРІБЕН ЩОДЕННИК ЗДОРОВ'Я

Щоденник здоров'я для самоконтролю пацієнтів, які перенесли інсульт, розроблено, аби сформувати навичку у пацієнтів самостійно відстежувати показники, які є основними факторами серцево-судинного ризику. Адекватний контроль факторів серцево-судинного ризику дозволяє зменшити імовірність повторного інсульту, а також дозволяє досягти кращих результатів під час реабілітаційного лікування.

### Віддалені ускладнення інсульту, з якими пацієнти можуть стикатися протягом першого року

- **постінсультні судомні напади:** 5-9%, як правило виникають у межах першого року;
- **нетримання сечі:** до 25% мають цю проблему на момент виписки, до 15% - залишається до одного року;
- **нетримання калу:** до 30% стикаються із цим протягом перших 7-10 днів, ~11% мають таку проблему протягом перших трьох місяців;
- **обмеження рухів та підвищення тонуусу в уражених кінцівках:** до 60% пацієнтів;
- **біль у плечі внаслідок геміплегії:** до 40% пацієнтів страждають від цього стану протягом перших трьох місяців;
- **контрактури верхньої кінцівки;**
- **постінсультна депресія:** до 70% переживають зниження настрою, ~30% мають ознаки постінсультної депресії; за даними досліджень [3-4] близько третини пацієнтів із постінсультною депресією залишаються поза діагностикою, а наявність депресії негативно впливає на процес відновлення пацієнтів; з метою контролю цього питання у Щоденнику розміщено опитувальник для скринінгу виявлення депресії, який необхідно проходити 1 раз на місяць;
- **емоційна лабільність та коливання настрою.**

**УВАГА!!! Якщо Ви стикнулись із вищезазначеними станами, будь ласка, повідомте про це свого лікаря.**

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ІНСУЛЬТУ (згідно з даними World Stroke Organization)



**артеріальна  
гіпертензія**



**надлишкова вага**



**надлишок цукру  
та нездорове  
харчування**



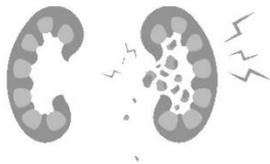
**підвищений  
рівень  
холестерину**



**зловживання  
алкоголем**



**низька  
рухова  
активність**



**хвороби нирок**



**куріння**

## МЕТОДИ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ

РИЗИК ІНСУЛЬТУ

УНИКАЙ!

КОНТРОЛЮЙ!

✓ Хороші способи захистити себе

\* **паління:** підвищує ризик інсульту в 2-4 рази, зокрема і пасивне

\* **надмірне вживання алкоголю:** дозволяється до 2 стандартних доз алкоголю на тиждень чоловікам, до 1 – жінкам. 1 стандартна доза = 360 мл пива/сухого вина, 150 мл кріпленого вина або 50 мл міцного алкоголю

\* стрес

\* **надлишкова вага:** цільовий рівень ІМТ < 25 кг/м<sup>2</sup>, об'єм талії < 88 см у жінок, < 102 см у чоловіків

\* вживання наркотичних речовин та стимуляторів:

відмова від вживання; при замісній терапії

рекомендовано обговорити подальшу тактику з лікарем-наркологом

! **артеріальний тиск:** АТ повинен бути < 130/80 мм рт. ст., якщо відмічається тенденція до підвищення – зверніться на огляд до лікаря

! **ліпідний профіль:** рівень ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л

! **глікемічний профіль:** цільові значення глюкози крові до 7 ммоль/л, глікозильованого гемоглобіну – до 7%

! **ретельно** дотримуйтеся **прийому** призначених **ліків**

✓ **фізичні навантаження:** рекомендовані дотримуватись індивідуального реабілітаційного плану; показані аеробні вправи (не менше 10 хв) 4-7 разів на тиждень, загальна тривалість – 150 хв/тиждень додатково до повсякденної активності

✓ **здорове харчування:** кількість солі до 5 г/добу; середземноморська дієта (↑ овочів та фруктів, риби стручкових рослин, ↓ вуглеводів)

✓ **водний баланс:** 1,5-2 л/д рідини

П.І.П/б. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Оцінка за модифікованою шкалою Ренкіна при виписці:

**Медикаменти, приписані на постійний прийом:**



# ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ

(складена фахівцем ФРМ на виписку)



### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Оцінка за модифікованою шкалою Ренкіна на 90й день:**

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Лист контролю артеріального тиску та пульсу

Показник	День	Ранок	Вечір	День	Ранок	Вечір
АТ	1			16		
ЧСС						
АТ	2			17		
ЧСС						
АТ	3			18		
ЧСС						
АТ	4			19		
ЧСС						
АТ	5			20		
ЧСС						
АТ	6			21		
ЧСС						
АТ	7			22		
ЧСС						
АТ	8			23		
ЧСС						
АТ	9			24		
ЧСС						
АТ	10			25		
ЧСС						
АТ	11			26		
ЧСС						
АТ	12			27		
ЧСС						
АТ	13			28		
ЧСС						
АТ	14			29		
ЧСС						
АТ	15			30		
ЧСС						

**Місце для приміток лікаря**

(за потреби вкажіть показник та дату призначеного контролю)

## Лист контролю рівня глюкози (для пацієнтів із ЦД)

День	Години контролю				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

**Контроль ризику розвитку депресії (за опитувальником PHQ-9)  
рекомендовано проходити 1 раз на місяць**

Оберіть твердження, які найбільше відповідають Вашому самопочуттю

**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**4. Відчуття втоми або зниження енергії**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**5. Поганий апетит або переїдання**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

**9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду**

ніколи  
декілька днів  
більшу половину часу  
майже щодня

### Перелік використаних джерел:

1. Jona T. Stahmeyer, Dr. PH,1,\* Sarah Stubenrauch, B. Sc.,1 Siegfried Geyer, Prof. Dr. phil.,2 Karin Weissenborn, Prof. Dr. med.,3 and Sveja Eberhard, Dr. rer. biol. hum.1 The Frequency and Timing of Recurrent Stroke Dtsch Arztebl Int. 2019 Oct; 116 (42): 711–777.
2. Yee Sien Ng 1, Kristin Hui Xian Tan, Cynthia Chen, Gilmore Cura Senolos, Gerald Choon Huat Koh How Do Recurrent and First-Ever Strokes Differ in Rehabilitation Outcomes Am J Phys Med Rehabil 2016 Oct; 95 (10):709-17.
3. Shakil Ahmed Chohan, Prasanna Kappaganthu Venkatesh, Choon How How. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. Singapore Med J. 2019 Dec; 60(12): 616–620.
4. «Вторинна профілактика інсульту»: Клінічна настанова від 02.11.2022 КН-2022-1967. С.20-29, 40-46.
5. «Вторинна профілактика інсульту»: Стандарти медичної допомоги від 02.11.2022 ГС-2022-1967. С.10-17.

# ДЛЯ НОТАТОК

