

PRÍLOHY

Príloha A – Vzor dotazníka pre schizofrénneho pacienta

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefón:

Rodné číslo:

Vek:

Pohlavie:

Vzdelanie (napr. stredoškolské):

Zamestnanie (ne/zamestnaný/dôchodca/študent):

Manžeslký stav:

Prítomnosť arteriálnej hypertenzie (áno/nie):

Krvný tlak (zmerať):

Pulz (zmerať):

Výška (zmerať):

Hmotnosť a BMI (zmerať):

Obvod pásu (zmerať):

Infarkt myokardu v anamnéze (áno/nie; rok):

Cievna mozgová príhoda v anamnéze (áno/nie; rok):

Varixy na dolných končatinách (áno/nie):

Diabetes mellitus (áno/nie; diéta; tablety / inzulín; rok vypuknutia):

Fajčenie (počet cigariet/deň):

Súčasná medikácia (mimo psychiatrickej liečby):

Vek vypuknutia prvej epizódy schizofrénie:

Celková dĺžka ochorenia schizofréniou:

Podtyp schizofrénie:

Počet epizód schizofrénie:

Predčasná liečba schizofrénie (názvy liekov):

Súčasná liečba schizofrénie (názvy liekov):

Lekár, u ktorého sa pacient lieči:

Príloha B – Vzor dotazníka pre pacienta s depresívnou poruchou

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefón:

Rodné číslo:

Vek:

Pohlavie:

Vzdelanie (napr. stredoškolské):

Zamestnanie (ne/zamestnaný/dôchodca/študent):

Manžeslký stav:

Prítomnosť arteriálnej hypertenzie (áno/nie):

Krvný tlak (zmerať):

Pulz (zmerať):

Výška (zmerať):

Hmotnosť a BMI (zmerať):

Hladina cholesterolu (zmerať):

Obvod pásu (zmerať):

Infarkt myokardu v anamnéze (áno/nie; rok):

Cievna mozgová príhoda v anamnéze (áno/nie; rok):

Varixy na dolných končatinách (áno/nie):

Diabetes mellitus (áno/nie; diéta; tablety/inzulín; rok vypuknutia):

Fajčenie (počet cigariet/deň):

Hodnota CRP:

Hodnota IL-6:

Hodnota ApoE:

Skóre škály MADRS:

Významná stresujúca udalosť v živote (áno/nie; rok):

Súčasná medikácia (mimo psychiatrickej liečby):

Vek vypuknutia depresívnej poruchy:

Celková dĺžka ochorenia:

Typ depresie:

Počet epizód depresie:

Predčasná liečba depresie (názvy liekov):

Súčasná liečba depresie (názvy liekov):

Farmakorezistencia na terapiu (áno/nie):

Lekár, u ktorého sa pacient lieči:

Príloha C - Vzor dotazníka pre zdravého príbuzného pacienta/zdravého dobrovoľníka

Meno a priezvisko:

Adresa:

Telefón:

Rodné číslo:

Vzťah k pacientovi (rodič, súrodenec a pod.):

Prítomnosť duševnej poruchy súčasná/v minulosti (demencia, závislosti, schizofrénia):

Vek:

Pohlavie:

Vzdelanie (napr. stredoškolské):

Zamestnanie (ne/zamestnaný/dôchodca/študent):

Manželský stav:

Arteriálna hypertenzia (áno/nie):

Krvný tlak (zmerať):

Pulz (zmerať):

Výška (zmerať):

Hmotnosť a BMI (zmerať):

Obvod pásu (zmerať):

Infarkt myokardu v anamnéze (áno/nie; rok):

Cievna mozgová príhoda v anamnéze (áno/nie; rok):

Varixy dolných končatín (áno/nie):

Diabetes mellitus (áno/nie; diéta; tablety/inzulín; rok vypuknutia):

Fajčenie (počet cigariet/deň):

Súčasná medikácia (názvy liekov):