



# CAPTURE *the* FRACTURE

## KWESTIONARIUSZ BEST PRACTICE FRAMEWORK

### WSTĘP

Autorzy inicjatywy Capture the Fracture® zapraszają placówki zajmujące się profilaktyką złamań wtórnych (Fracture Liaison Services - FLS) do przyłączenia się do programu Best Practice Recognition realizowanych w ramach Capture the Fracture. Capture the Fracture ma na celu zapobieganie złamaniom wtórnym poprzez ogólnosiatową promocję FLS. Komitet Ekspertów, pod przewodnictwem Prof. Kristiny Åkesson (SWE) i Dr Kassima Javaida (UK), opracował Best Practice Framework (Schemat Modelu Opieki Najwyższej Jakości). Celem BPF jest uznanie dotychczasowych osiągnięć ośrodków, które już wdrożyły FLS oraz zachęcenie innych systemów opieki zdrowotnej do wdrażania własnych programów o podobnym charakterze.

### APLIKACJA

Zgłoszenie nowego ośrodka FLS jest możliwe poprzez wypełnienie poniższego kwestionariusza, zapisanie go z nazwą szpitala i datą w tytule a następnie przesłanie, na adres: [capturethefracture@iofbonehealth.org](mailto:capturethefracture@iofbonehealth.org). Ośrodek zostanie umieszczony na interaktywnej mapie Capture the Fracture ([www.capturethefracture.org/map-of-best-practice](http://www.capturethefracture.org/map-of-best-practice)). Wypełnienie kwestionariusza, w zależności od poziomu potrzebnych dostępnych danych, może zająć 20 do 60 minut.

### DEFINICJE

- Fracture Liaison Service (FLS) to usługa nakierowana na zmniejszenie ryzyka kolejnych złamań, polegająca na systematycznej identyfikacji, leczeniu i obejmowaniu opieką wszystkich kwalifikujących się pacjentów (w obrębie lokalnej społeczności), którzy doznali złamania niskoenergetycznego.
- Ośrodek jest zdefiniowany jako pojedynczy szpital lub działający na poziomie regionalnym zespół placówek lub duża sieć dostawców usług medycznych świadczących takie same usługi w każdej swojej placówce.
- Złamanie niskoenergetyczne to złamanie, które wystąpiło wskutek działania energii równej upadkowi z wysokości własnej lub mniejszej.
- Pobyt szpitalny jest rozumiany jako wymagający łóżka szpitalnego na oddziale, definicja nie obejmuje jednostek zajmujących się urazami nagłymi tj. szpitalne oddziały ratunkowe.
- Kliniczne złamanie kręgosłupa to złamanie kręgu, które cechuje się wywoływaniem objawów np. bólu.
- Radiologiczne złamanie kręgowe to złamanie wykryte w badaniu radiologicznym kręgosłupa tj. RTG klatki piersiowej lub inne (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny lub Vertebral Fracture Assessment wykonanej przy użyciu aparatu DXA).
- Przegląd skuteczności serwisu obejmuje wszelkie zmiany jakie zachodzą w stanie zdrowia pacjenta, w tym korzystanie z leków, liczbę złamań wtórnych oraz upadki.

## DEMOGRAFIA

W poniższej tabeli prosimy umieścić dane odnośnie placówki/szpitala/kliniki oraz jej pracowników.

A. Dane o szpitalu		
A1.	Nazwa szpitala:	
A2.	Nazwa FLS:	
A3.	Adres: (uwzględnij miasto i kraj)	
A4.	Zakres działalności ośrodka:	<p><b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pojedynczy szpital</p> <p><input type="checkbox"/> Część większej sieci szpitali lub innej sieci placówek</p> <p><input type="checkbox"/> Inne, proszę sprecyzować:</p>
A5.	Jeśli ośrodek jest częścią większej sieci szpitali lub placówek prosimy o podanie następujących informacji:	Nazwa sieci szpitali:
		Liczba szpitali w sieci:
		Populacja objęta opieką sieci szpitalnej:
		Nazwisko ordynatora/dyrektora ds. medycznych:
	Nazwisko koordynatora w sieci:	
A6.	Rodzaj ośrodka:	<p><b>Proszę zaznaczyć jedna odpowiedź:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Prywatny</p> <p><input type="checkbox"/> Prywatny non-profit/charytatywny</p> <p><input type="checkbox"/> Rządowy/publiczny</p> <p><input type="checkbox"/> Publiczny/privatny – mieszane finansowanie</p> <p><input type="checkbox"/> Szpital Uniwersytecki</p> <p><input type="checkbox"/> Nie akademicki</p> <p><input type="checkbox"/> Inne formy finansowania - proszę sprecyzować:</p>
A7.	Szacowana populacja objęta opieką szpitala (jeśli dotyczy):	Szacowana populacja:
A8.	<p>Które złamania <b>niskoenergetyczne</b> można zaobserwować w obrębie danej służby zdrowia?</p> <p><i>Przykłady nieortopedycznych pacjentów w opiece szpitalnej ze złamaniami uwzględniają miednicę, nadgarstki oraz barki – objęci opieką medyczną celem leczenia bólu lub w przypadkach starszych osób nie radzących sobie ze złamaniem w warunkach domowych</i></p>	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Złamanie bliższego końca kości udowej</p> <p><input type="checkbox"/> Złamania niskoenerg. leczone na oddziale ortopedii/traumatologii</p> <p><input type="checkbox"/> Inne złamania – leczone poza oddziałem ortopedii/traumatologii</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatoryjne złamania niskoenergetyczne</p> <p><input type="checkbox"/> Kliniczne <b>złamanie</b> kręgowo</p> <p><input type="checkbox"/> Radiologiczne <b>złamanie</b> kręgowo</p> <p><input type="checkbox"/> Inne złamania, proszę sprecyzować:</p>
A9.	Czy wyrażasz zgodę na anonimowe wykorzystanie Twoich danych w <b>publikacjach naukowych</b> ?	<p><b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><b>Jeśli tak:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Zgoda na cytowanie jako dane krajowe przy przedstawianiu danych</p> <p><input type="checkbox"/> Zgoda na cytowanie jako region świata przy przedstawianiu danych</p>
A10.	Skąd się dowiedziałeś o programie Capture the Fracture®?	<p><b>Zaznacz wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Strona www</b> Capture the Fracture®</p> <p><input type="checkbox"/> Konferencja/kongres, proszę sprecyzować:</p> <p><input type="checkbox"/> Towarzystwo Naukowe, proszę sprecyzować:</p> <p><input type="checkbox"/> Skierowanie, z polecenia, proszę sprecyzować:</p>

## B. Informacje na temat użytkownika

<b>B1.</b>	Imię i nazwisko osoby wypełniającej wniosek:	
<b>B2.</b>	Email:	
<b>B3.</b>	Numer telefonu:	
<b>B4.</b>	Rola w placówce placówce?	<b>Proszę wybrać jedną odpowiedź:</b> <input type="checkbox"/> Ordynator – specjalizacja: <input type="checkbox"/> <b>Praktykujący</b> specjalista – specjalizacja: <input type="checkbox"/> Inna, proszę sprecyzować:

## C. Ordynator (jeśli dane inne niż w części B)

<b>C1.</b>	Imię i nazwisko głównego klinicysty:	
<b>C2.</b>	Email:	
<b>C3.</b>	Numer telefonu:	
<b>C4.</b>	Jaka jest twoja specjalizacja?	<b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:</b> <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Endokrynologia <input type="checkbox"/> Reumatologia <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Ginekologia <input type="checkbox"/> Inna, proszę sprecyzować:

## D. Koordynator FLS (jeśli dane inne niż w częściach B i C)

<b>D1.</b>	Imię i nazwisko koordynatora FLS:	
<b>D2.</b>	Email:	
<b>D3.</b>	Numer telefonu:	
<b>D4.</b>	Jaka jest twoja rola w placówce?	<b>Proszę wybrać jedną odpowiedź:</b> <input type="checkbox"/> Klinicysta – specjalizacja: <input type="checkbox"/> Praktykujący specjalista – specjalizacja: <input type="checkbox"/> Inna – specjalizacja:

# INFORMACJE NA TEMAT OŚRODKA FRACTURE LIAISON SERVICE (FLS)

Wszelkie informacje dotyczące ośrodka FLS prosimy umieścić w poniższej tabeli.

E. Zespół FLS			
E1.	Dla każdego rodzaju personelu proszę wpisać ile czasu poświęcają pracownicy w obrębie FLS jako całkowity ekwiwalent czasowy (WTE – whole time equivalent) w wartości procentowej.  <i>(np. 50% czasu dla pielęgniarki pracującej na pół etatu i 400% dla 4 pielęgniarek na pełen etat)</i>	Lekarz rezydent/chirurg	%
		Pielęgniarka	%
		Fizjoterapeuta	%
		Terapeuta zajęciowy	%
		Urzędnik/pracownik administracyjny	%
		Inni proszę sprecyzować poniżej:	%
E2.	Dodatkowy komentarz odnośnie zatrudnionego personelu:		
E3.	Kiedy ośrodek FLS rozpoczął działalność?		
E4.	Od kiedy obecny model FLS działa w omawianej placówce?		

F. Dane odnośnie identyfikacji pacjentów do systemu FLS			
F1.	Ilu pacjentów ze złamaniami niskoenergetycznymi było przyjętych do Państwa ośrodka FLS w ciągu ostatnich 12 miesięcy?		
F2.	Którzy pacjenci byli identyfikowani przez Państwa FLS?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Złamania bliższego końca kości udowej</li> <li><input type="checkbox"/> Inne niskoenerg. złamania na oddziale ortopedii/traumatologii</li> <li><input type="checkbox"/> Inne niskoenerg. złamania na oddziałach innych niż ortopedia/traumatolog</li> <li><input type="checkbox"/> Złamania niskoenergetyczne w opiece ambulatoryjnej</li> <li><input type="checkbox"/> Kliniczne złamania kręgosłupa</li> <li><input type="checkbox"/> Radiologiczne złamania kręgosłupa</li> <li><input type="checkbox"/> Inne złamania proszę wymienić:</li> </ul>	
F3.	Czy istnieją ograniczenia względem, których pacjenci są identyfikowani przez daną placówkę FLS?	Zakres wieku:	Płeć:
		Choroby współistniejące – proszę określić: (np. zaburzenia funkcji poznawczych):	
		Osteoporoza aktualnie leczona przez lekarza POZ lub specjalistę (proszę określić jakiego):	
		Złamania (okolice ciała) nie brane pod uwagę przy objęciu opieką FLS:	
F4.	Pacjenci ze złamaniem bliższego końca kości udowej – metody wykrywania pacjentów?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pracownik FLS przychodzi na oddziały ortopedyczne/traumatologiczne</li> <li><input type="checkbox"/> Wykorzystanie list przyjęć z oddziałów / SOR</li> <li><input type="checkbox"/> Korzystanie z komputerowych baz danych radiologii</li> <li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li> </ul>	
F5.	Sposoby identyfikacji pacjentów ze złamaniami pozakręgowymi (innymi niż bliższy koniec kości udowej)?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pracownik FLS przychodzi na oddziały ortopedyczne/traumatologiczne</li> <li><input type="checkbox"/> Wykorzystanie list przyjęć z oddziałów / SOR</li> <li><input type="checkbox"/> Korzystanie z komputerowych baz danych radiologii</li> <li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li> </ul>	

## F. Dane odnośnie identyfikacji pacjentów do systemu FLS

F6.	Sposoby identyfikacji pacjentów ze złamaniami przyjętych w ramach opieki <b>ambulatoryjnej</b> ?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pracownik FLS odwiedza klinikę ortopedyczna / traumatologiczną</li> <li><input type="checkbox"/> Korzystanie z list przyjęć kliniki</li> <li><input type="checkbox"/> Korzystanie z komputerowych baz danych radiologii</li> <li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li> </ul>
F7.	Czy istnieje osobny sposób identyfikacji pacjentów ze złamaniami którzy powinni byli zostać objęci wtórną profilaktyką złamań, ale nie zostali zidentyfikowani przy pierwszej wizycie (np. przegląd danych jakościowych audyt)?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nie</li> <li><input type="checkbox"/> Tak, dla złamań bliższego końca kości udowej</li> <li><input type="checkbox"/> Tak, dla pacjentów szpitalnych ze złamaniem bliższego końca kości udowej</li> <li><input type="checkbox"/> Tak, dla pacjentów objętych opieką ambulatoryjną</li> <li><input type="checkbox"/> Tak, dla klinicznych złamań kręgosłupa</li> <li><input type="checkbox"/> Jeśli tak, proszę opisać proces:</li> </ul>
F12.	Proszę <b>wskazać silne i słabe strony metod identyfikacji stosowanych w Państwa placówce:</b>	

## G. O opiece/ocenie po złamaniu i/lub leczeniu w kierunku zapobiegania wtórnym złamaniom

G1.	Kto podejmuje się oceny pacjenta w kierunku profilaktyki złamań wtórnych?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zespół placówki FLS</li> <li><input type="checkbox"/> Szpitalny klinicysta - specjalizacja:</li> <li><input type="checkbox"/> Zadanie przekierowane/zleczone lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej</li> <li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li> </ul>
G2.	Czy ośrodek FLS posiada bezpośredni dostęp do aparatu DXA w obrębie swojej placówki?	<p><b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tak</li> <li><input type="checkbox"/> Nie</li> </ul>
G3.	Jeśli nie, to czy ośrodek FLS ma możliwość skorzystania z aparatu DXA w innym miejscu za skierowaniem?	<p><b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tak</li> <li><input type="checkbox"/> Nie</li> </ul>
G4.	Jeśli ośrodek nie ma dostępu do aparatury DXA, z jakich innych metod oceny pacjenta korzysta?	<p><b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Obwodowa ultrasonografia</li> <li><input type="checkbox"/> Ilościowe pQCT</li> <li><input type="checkbox"/> Obwodowa DXA</li> <li><input type="checkbox"/> FRAX lub inne narzędzie do oceny ryzyka złamania</li> <li><input type="checkbox"/> Inne proszę określić:</li> </ul>
G5.	Którzy pacjenci po przebytych złamaniu kwalifikują się do badania DXA?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Wszyscy pacjenci potencjalnie kwalifikują się na badanie DXA</li> <li><input type="checkbox"/> Zakres wiekowy:</li> <li><input type="checkbox"/> Płeć:</li> <li><input type="checkbox"/> Złamania (okolice ciała) niekwalifikujące pacjenta do badania DXA:</li> </ul> <p>Inne komentarze (np. Czy krajowe wytyczne kliniczne lub kryteria refundacji DXA określają, którzy pacjenci ze złamaniami kwalifikują się do badania?):</p>
G6.	Kto ocenia czy pacjent wymaga leczenia?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Personel placówki FLS</li> <li><input type="checkbox"/> Szpitalny klinicysta, specjalizacja:</li> <li><input type="checkbox"/> Zadanie przekierowane/zleczone lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej</li> <li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li> </ul>

## G. O opiece/ocenie po złamaniu i/lub leczeniu w kierunku zapobiegania wtórnym złamaniom

<b>G7.</b>	Kto jest odpowiedzialny za omówienie wyników powyższej oceny z pacjentem?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Personel placówki FLS</li><li><input type="checkbox"/> Szpitalny klinicysta, specjalizacja:</li><li><input type="checkbox"/> Zadanie przekierowane/zlecone lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej</li><li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li></ul>
<b>G8.</b>	Jakie istnieją możliwości interwencji po przeprowadzeniu oceny u pacjentów po złamaniu w placówce FLS?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Farmakoterapia (oprócz wapnia i wit. D)</li><li><input type="checkbox"/> Suplementacja wapniem i witaminą D</li><li><input type="checkbox"/> Dostęp do dodatkowych materiałów/programów edukacyjnych (poza pierwszą rozmową/kontaktem w ośrodku FLS)</li><li><input type="checkbox"/> Wizyty kontrolne u specjalisty w ramach opieki ambulatoryjnej jeśli zaobserwowano nieprawidłowe wyniki badań krwi</li><li><input type="checkbox"/> Inny, proszę określić:</li></ul>
<b>G9.</b>	Jeśli wg ośrodka FLS pacjent wymaga wdrożenia programu prewencji złamań wtórnych– jaki jest mechanizm inicjacji terapii?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Ośrodek FLS informuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej</li><li><input type="checkbox"/> Ośrodek FLS przekazuje informację szpitalnemu klinicyście</li><li><input type="checkbox"/> W ramach danego ośrodka FLS pacjent otrzymuje pierwszą receptę</li><li><input type="checkbox"/> Inny, proszę sprecyzować:</li></ul>
<b>G10.</b>	Czy w obrębie placówki FLS złamanie każdego typu jest poddawane ocenie w ten sam sposób?	<b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tak</li><li><input type="checkbox"/> Nie</li><li><input type="checkbox"/> Jeśli nie – jakie są różnice?</li></ul>
<b>G11.</b>	Proszę podać wszelkie inne komentarze na temat opieki/ oceny pacjentów po złamaniu i/ lub leczeniu celem zapobieżenia kolejnym złamaniom -->	



## J. Standard 3: Czas wykonania oceny stanu pacjenta

J3.	Pacjenci ambulatoryjni z pozakręgowymi złamaniami niskoenergetycznymi tj. złamania dalszej nasady kości promieniowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J4.	Jakie widzisz możliwości na przyśpieszenie procesu decyzyjnego:						

## K. Standard 4: Złamania kręgosłupa

		Liczba	<50%	50%-69%	70%-89%	>90%	Nie wiem	BD
K1.	Jaka liczba i procent wszystkich pacjentów z <b>podejrzeniem lub rozpoznany</b> klinicznym złamaniem kręgosłupa przeszła proces identyfikacji w kierunku zapobiegania wtórnym złamaniom w ciągu ostatnich 12 (pełnych) miesięcy?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K2.	Jaka liczba i procent pacjentów ze złamaniami pozakręgowymi, objętych opieką FLS, była rutynowo oceniana pod kątem radiologicznego złamania kręgosłupa (przy użyciu bocznej morfometrii kręgosłupa lub badania RTG) w ciągu ostatnich 12 (pełnych) miesięcy?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>Proszę zaznaczyć wszystkie stosowane:</b>						
		<input type="checkbox"/> VFA <input type="checkbox"/> Badanie radiologiczne						
		Liczba	<50%	50%-69%	70%-89%	>90%	Nie wiem	BD
K3.	Jaki procent pacjentów ze złamaniem kręgosłupa, rozpoznany (na podstawie RTG, TK i MRI) przez radiologa pracującego w placówce/ szpitalu, przeszedł proces identyfikacji w kierunku zapobiegania wtórnym złamaniom kości w ciągu ostatnich 12 (pełnych) miesięcy?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4.	Jakie ograniczenia, w zakresie złamań kręgowych (w Państwa FLS-ie), są przyczyną braku działań diagnostyczno-leczniczych w kierunku zapobiegania złamaniom wtórnym?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b>						
		<input type="checkbox"/> Wiek <input type="checkbox"/> Płeć <input type="checkbox"/> Brak środków (np. czasu, zaplecza, personelu) <input type="checkbox"/> Brak funduszy <input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:						
		Liczba	0-8 tyg.	9-12 tyg.	13-16 tyg.	>16 tyg.	Nie wiem	BD



## K. Standard 4: Złamania kręgosłupa

K5.	Jaki jest średni czas oczekiwania zidentyfikowanych pacjentów z jakimkolwiek złamaniem kręgowym na decyzję o inicjacji leczenia, lub na otrzymanie leczenia celem prewencji wtórnych złamań?		□	□	□	□	□	□
K6.	Jeśli dotyczy – jakie przeszkody utrudniają wykrywanie pacjentów ze złamaniami kręgosłupa?  <i>(np. czy placówka wykorzystuje wytyczne ISCD, ograniczenia w dostępie do wyników badań obrazowych?)</i>							

## L. Standard 5: Wytyczne oceny

L1.	Czy wytyczne oceny i/lub leczenia stosowane przy zapobieganiu wtórnym złamaniom w zakresie Państwa placówki FLS oparte są na protokołach:	<p><b>Proszę wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi</b></p> <p><input type="checkbox"/> Opracowanych <b>lokalnie</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Znajdujących odzwierciedlenie oraz zgodnych z polityką zdrowotną i wytycznymi <b>regionalnymi</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Znajdujących odzwierciedlenie oraz zgodnych z polityką zdrowotną i wytycznymi opracowanymi <b>krajowo</b>?</p>
L2.	Czy korzystacie Państwo z kalkulatorów oceny ryzyka złamania?	<p><b>Proszę wybrać wszystkie pasujące odpowiedzi:</b></p> <p><input type="checkbox"/> FRAX®</p> <p><input type="checkbox"/> Qfracture</p> <p><input type="checkbox"/> Garvan</p> <p><input type="checkbox"/> Nie wiem</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>
L3.	Komentarze:	

## M. Standard 6: Wtórne przyczyny osteoporozy

M1.	Jaki procent pacjentów przechodzi badania (przynajmniej badania krwi) celem wykluczenia innych dodatkowych przyczyn niskiego BMD?	<p><b>Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mniej niż 50%</p> <p><input type="checkbox"/> 50%-69%</p> <p><input type="checkbox"/> 70%-89%</p> <p><input type="checkbox"/> 90% lub więcej</p> <p><input type="checkbox"/> Nie wiem</p>	
M2.	Jakie parametry są standardowo wykonywane?	<p><b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące:</b></p> <p><input type="checkbox"/> stężenie wapnia w surowicy</p> <p><input type="checkbox"/> stężenie fosforu</p> <p><input type="checkbox"/> fosfataza zasadowa</p> <p><input type="checkbox"/> poziom witaminy D</p> <p><input type="checkbox"/> poziom parathormonu</p> <p><input type="checkbox"/> morfologia</p> <p><input type="checkbox"/> OB</p>	<p><input type="checkbox"/> próby wątrobowe</p> <p><input type="checkbox"/> hormony tarczycy</p> <p><input type="checkbox"/> celiakia</p> <p><input type="checkbox"/> proteinogram</p> <p><input type="checkbox"/> kreatynina / mocznik</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>
M3.	Jakie inne testy są wykonywane (np. które markery obrotu kostnego)?		

## N. Standard 7: Programy zapobiegania upadkom

<b>N1.</b>	Czy w toku oceny przeprowadzanej w FLS analizuje się ryzyko upadków i metody interwencji (jeśli są wymagane) celem zmniejszenia ryzyka kolejnych złamań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
<b>N2.</b>	Jeśli tak, to jaki % pacjentów jest poddany jest ocenie celem ustalenia czy program profilaktyki upadków jest potrzebny?	<b>Please select one:</b> <input type="checkbox"/> Mniej niż 50% <input type="checkbox"/> 50%-69% <input type="checkbox"/> 70%-89% <input type="checkbox"/> 90% lub więcej <input type="checkbox"/> Nie wiem

## N. Standard 7: Programy zapobiegania upadkom

<b>N3.</b>	Czy ocena ryzyka upadków oraz interwencje są świadczone przez ten sam personel, który podejmuje decyzje terapeutyczne mające na celu zapobieganie wtórnym złamaniom kości?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy/ brak danych Proszę opisać kto ocenia ryzyko wystąpienia upadków .
<b>N4.</b>	Jakie formy interwencji są świadczone aby zminimalizować ryzyko występowania upadków?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <input type="checkbox"/> Oparte na dowodach zestawy ćwiczeń siły i równowagi (np. Otago, FAME, itp) <input type="checkbox"/> Przegląd leków przyjmowanych przez pacjenta <input type="checkbox"/> Ocena środowiska domowego pacjenta celem eliminacji zagrożeń <input type="checkbox"/> Badanie wzroku
<b>N5.</b>	Czy istnieją jakieś ograniczenia w zakresie adresatów powyższych metod interwencji?	Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi: <input type="checkbox"/> Nie ma <input type="checkbox"/> Wiek <input type="checkbox"/> Płeć <input type="checkbox"/> Tylko grupa pacjentów szpitalnych <input type="checkbox"/> Grupy pacjentów z określonymi złamaniami <input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:
<b>N8.</b>	Komentarze:	

## O. Standard 8: Wieloaspektowa ocena ryzyka złamania pod kątem zdrowia i stylu życia

<b>O1.</b>	Jaki procent pacjentów ze złamaniem niskoenergetycznym przechodzi wieloaspektową ocenę ryzyka złamania pod kątem zdrowia i stylu życia, np. palenie, spożycie alkoholu, brak aktywności ruchowej, nieprzestrzeganie prawidłowej diety itd.?	<b>Please select one:</b> <input type="checkbox"/> < 50% <input type="checkbox"/> 50%-69% <input type="checkbox"/> 70%-89% <input type="checkbox"/> 90% lub więcej <input type="checkbox"/> Nie wiem
<b>O2.</b>	Uwagi:	

## P. Standard 9: Wdrożenie leczenia

<b>P1.</b>	Jaki % pacjentów z grupy, która kwalifikuje się do leczenia osteoporozy (nie licząc wapnia I witaminy D) <b>rzeczywiście otrzymuje stosowne leczenie?</b>	<b>Please select one:</b> <input type="checkbox"/> < 50% <input type="checkbox"/> 50%-69% <input type="checkbox"/> 70%-89% <input type="checkbox"/> 90% lub więcej <input type="checkbox"/> Nie wiem
<b>P2.</b>	Czy w odniesieniu do powyższego pytania istnieją różnice pomiędzy różnymi rodzajami złamaniami / wiekiem / płcią / miejscem zamieszkania?	

## Q. Standard 10: Przegląd procesu leczenia

<b>Q1.</b>	U jakiego % pacjentów będących w trakcie leczenia gdy doszło do złamania dokonano rewizji stosowanej terapii (pod kątem jej skuteczności)?	<b>Please select one:</b> <input type="checkbox"/> < 50% <input type="checkbox"/> 50%-69% <input type="checkbox"/> 70%-89% <input type="checkbox"/> 90% lub więcej <input type="checkbox"/> Nie wiem
<b>Q2.</b>	Czy istnieją różnice pomiędzy różnymi rodzajami złamań/ wiekiem/ płcią/ miejscem zamieszkania lub wykonywanymi testami? (np. które markery kostne są wykonywane)?	

## R. Standard 11: Strategia przepływu informacji

<b>R1.</b>	Kto otrzymuje raport podsumowujący działania Państwa FLS-u (w zakresie oceny i leczenia celem zapobiegania wtórnym złamaniom kości)?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej <input type="checkbox"/> Chirurg ortopeda lub klinicysta odpowiedzialny za leczenie złamania <input type="checkbox"/> Zespół zapobiegania upadkom <input type="checkbox"/> Specjalista leczenia osteoporozy, proszę określić <input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:
<b>R2.</b>	Jakie informacje są zawarte w powyższym raporcie?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <input type="checkbox"/> Wynik oceny ryzyka złamania <input type="checkbox"/> DXA – BMD <input type="checkbox"/> DXA-VFA lub wynik badania radiologicznego (jeśli wykonany zamiast VFA) <input type="checkbox"/> Czynniki ryzyka upadków <input type="checkbox"/> Wynik oceny ryzyka złamania (FRAX, Garvan, Qfracture, etc.) <input type="checkbox"/> Przegląd stosowanego leczenia, compliance (jeśli dotyczy) <input type="checkbox"/> Długoterminowy plan działania/ kontroli leczenia <input type="checkbox"/> Ocena czynników ryzyka związanych ze stylem życia/zdrowiem <input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:
<b>R3.</b>	Do kogo standardowo zgłaszane są raporty zawierające nietypowe wyniki oceny?	

## S. Standard 12: Długoterminowy plan działania

<b>S1.</b>	Czy istnieje plan postępowania w przypadku profilaktyki złamań wtórnych zakładający ponowną ocenę ryzyka złamania oraz kontrolę czy pacjent przyjmuje zalecone leki?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>S2.</b>	Jeśli tak, to co wchodzi w skład ponownej oceny?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <input type="checkbox"/> Kontrola czy pacjent przyjmuje leki ( adherence) <input type="checkbox"/> Kontrola w kierunku niepożądanych efektów leku <input type="checkbox"/> Kontrola w kierunku wtórnych złamań <input type="checkbox"/> Zmiany w zakresie czynników ryzyka złamania <input type="checkbox"/> Powtarzające się upadki <input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:

## S. Standard 12: Długoterminowy plan działania

<b>S3.</b>	Którzy pacjenci poddani są ponownej ocenie w Państwa FLS?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Pacjenci szpitalni ze złamaniami bliższego końca kości udowej</li><li><input type="checkbox"/> Pacjenci ambulatoryjni ze złamaniem niskoenergetycznym (bez bkku)</li><li><input type="checkbox"/> Kliniczne złamania kręgosłupa</li><li><input type="checkbox"/> Radiologiczne złamania kręgosłupa</li></ul>
<b>S4.</b>	Po jakim czasie pacjenci są poddawani ponownej ocenie od wdrożenia leczenia?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> &lt; 6 miesięcy</li><li><input type="checkbox"/> 7-12 miesięcy</li><li><input type="checkbox"/> 13-24 miesięcy</li><li><input type="checkbox"/> &gt; 25 miesięcy</li></ul>
<b>S5.</b>	Czas do ponownej oceny jest mierzony od momentu:	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Od daty wystąpienia wskaźnikowego złamania</li><li><input type="checkbox"/> Od daty wdrożenia leczenia</li><li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li></ul>
<b>S6.</b>	W jaki sposób pacjenci są monitorowani	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Kontrola poprzez recepty</li><li><input type="checkbox"/> Kontrola poprzez wywiad telefoniczny</li><li><input type="checkbox"/> Kontrola z wykorzystaniem kwestionariusza przekazanego pocztą</li><li><input type="checkbox"/> Przegląd bazy klinicznej</li><li><input type="checkbox"/> DXA</li><li><input type="checkbox"/> Inne, proszę określić:</li></ul>
<b>S6.</b>	Kto jest odpowiedzialny za długoterminowy plan opieki (patrz wyżej) nad pacjentem?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Koordynator FLS</li><li><input type="checkbox"/> Praktykujący specjalista (non-clinician)</li><li><input type="checkbox"/> Klinicysta (clinician) – specjalizacja:</li><li><input type="checkbox"/> Lekarz podstawowej opieki</li><li><input type="checkbox"/> Inny lekarz, proszę określić:</li></ul>
<b>S7.</b>	Uwagi:	

## T. Standard 13: Baza danych

<b>T1.</b>	Czy FLS posiada swoją (lokalną) bazę, w której przetrzymuje dane pacjentów objętych opieką danego ośrodka?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nie</li><li><input type="checkbox"/> Tak, w zakresie złamań bliższego końca kości udowej</li><li><input type="checkbox"/> Tak, w zakresie innych złamań</li></ul>
<b>T2.</b>	Jeśli tak, to czy baza jest połączona z większą, regionalną bazą (np. wojewódzką)?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nie</li><li><input type="checkbox"/> Tak, w zakresie złamań bliższego końca kości udowej</li><li><input type="checkbox"/> Tak, w zakresie innych złamań</li></ul>
<b>T3.</b>	Jeśli tak, to czy baza jest połączona z centralną krajową bazą?	<b>Proszę zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Nie</li><li><input type="checkbox"/> Tak, w zakresie złamań bliższego końca kości udowej</li><li><input type="checkbox"/> Tak, w zakresie innych złamań</li></ul>
<b>T4.</b>	Jeśli odpowiedziałeś „NIE” na którekolwiek z powyższych pytań proszę podać przyczyny braku bazy danych?	

## Komentarze

W tej sekcji proszę umieścić wszelkie dodatkowe

komentarze na temat Państwa FLS-u

Proszę zapisać kwestionariusz, wpisując nazwę szpitala oraz datę w tytule wiadomości a następnie przekazać mailem na adres: [capturethefracture@iofbonehealth.org](mailto:capturethefracture@iofbonehealth.org). W ciągu kilku tygodni otrzymacie Państwo nasze podsumowanie aplikacji.

Zachęcamy do odwiedzania strony [www.capturethefracture.org/fls-questionnaire-survey](http://www.capturethefracture.org/fls-questionnaire-survey) by przekazać spostrzeżenia w zakresie Państwa aplikacji poprzez uzupełnienie krótkiego kwestionariusza.

Dziękujemy Państwu za udział za naszym programie!