

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY/ZDROWOTNY

Bardzo proszę o rzetelne wypełnienie poniższego formularza **online lub pisemnie drukowanymi literami** i zwrotne przesłanie kwestionariusza w formie pliku pdf./doc./skanów/zdjęć na adres e-mail: rejestracja@medica360.pl

Kwestionariusz zawiera 7 stron, na ostatniej stronie znajduje się miejsce do podpisu – podpis jest konieczny do świadczenia usług dietetycznych.

1. **Imię i nazwisko:**
2. **Data urodzenia:**
3. **Wzrost:**
4. **Masa ciała:**
5. **Wykonywany zawód** (*(uczeń/student/osoba pracująca/osoba nie pracująca/emeryt/rencista)*):
6. **Godziny pracy** (*podaj godziny pracy – jeśli przez cały tydzień są takie same wpisz tylko w jedno pole, jeśli są różne to je wpisz*):
7. **Charakter pracy** (*siedząca/umiarkowany ruch/duży ruch*):
8. **Czy pracujesz zmianowo?** (*ranna/popołudniowa/nocna*):
9. **Jaki jest Twój cel wizyty?** (*Dlaczego chcesz wprowadzić zmiany?*) (*schudnąć/przytyć, dla zdrowia, zmiana nawyków na lepsze, dla kogoś dziecko/mąż/żona/rodzina/chłopak/dziewczyna, cierpię na chorobę przewlektą, wsparcie przez zabiegami operacyjnym (prehabilitacja), inne...*):
10. **Czego oczekujesz od dietetyka klinicznego?**:

- **Czy uprawiasz regularnie sport? :**
- **Rodzaj aktywności fizycznej :**
- **Ile razy w tygodniu trenujesz? :**
- **Choroby alergiczne** (*astma, pyłki (jakie?), sierść/kurz, pokarmy (jakie?), leki, inne...*):
- **Czy była wykonywana diagnostyka? :**
- **Choroby występujące w najbliższej rodzinie** (*rodzice, rodzeństwo, dziadkowie*):
- **Choroby genetyczne** (*czy występują w najbliższej rodzinie/jakie?*):
- **Nietolerancje pokarmowe:**
- **Czy była wykonywana diagnostyka? :**
- **Czy chorujesz na choroby przewlekłe, zaburzenia metaboliczne, choroby autoimmunologiczne? Jeśli tak, to jakie? :**

Na jakie choroby cierpisz i od kiedy? (np. cukrzyca, wysoki poziom glukozy we krwi; miażdżyca, wysoki poziom cholesterolu we krwi; choroby serca: niewydolność, zawały; nadciśnienie, niskie ciśnienie krwi; choroby nerek; choroby tarczycy; choroby trzustki; choroby wątroby; nowotwory; osteoporoza; depresja, nerwica; choroby neurologiczne; choroby układu pokarmowego; inne...)

Czy była stosowania u Ciebie radioterapia/chemioterapia/hormonoterapia/immunoterapia/leczenie chirurgiczne/leczenie celowane? (pytanie dotyczy pacjentów onkologicznych)

Czy występują problemy skórne? (np. wysypka, trądzik, egzema, łuszczyca, grzybica, opryszczka, owrzodzenia, atopowe zapalenie skóry, inne...)

Miesiączka (regularne, nieregularne, bolesne, brak, inne): :

Stan układu pokarmowego (czy występuje np. zgaga, refluks, wrzody, H.Pylori, wzdęcia, gazy, nudności, wymioty, brak apetytu, problemy z przelękaniem, ból przy przelękaniu, brak śliny, wycięty pęcherzyk żółciowy, kamica (jaki rodzaj?), hemoroidy, jelito nadwrażliwe, SIBO, SIFO, IMO, choroby zapalne jelit, inne...): :

Czy korzystasz w doustnych suplementów pokarmowych (ONS) np. „nutidrinki”?

Czy przechodziłaś/łeś zabiegi/operacje?

Jakie zabiegi/operacje? Kiedy?

Jak często się wypróżniasz?

Czy przyjmujesz leki/suplementy/antykoncepcję hormonalną?

Jakie? (nazwa, dawka, jak długo przyjmujesz)

Choroby występujące w dzieciństwie (jakie i czy często występowały): :

Czy obecnie często chorujesz?	Jak oceniasz swoją odporność?
Czy masz problemy ze snem? (<i>śpię dobrze całą noc, bezsenność, wybudzenie nocne, podjadanie w nocy, inne...</i>)	
Zmiany masy ciała w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy:	Czy masz problemy z utrzymaniem masy ciała?
Czy ktoś w rodzinie ma nadwagę/niedowagę?	Czy Czujesz się dobrze ze swoją masą ciała?
Czy stosujesz/stosowałeś odchudzające/eliminacje/głodówki?	diety Z jakim efektem? (<i>opisz</i>)
Ile posiłków dziennie spożywasz?	Pory posiłków w ciągu 24h:
Czy są produkty/potrawy po których czujesz się źle? Jeśli tak, to jakie?	
Czy występują u Ciebie zaburzenia odżywiania? (<i>np. napadowe objadanie, niejedzenie ok. posiłków, głodzenie, inne...</i>): :	
Ile płynów dziennie wypijasz?	Rodzaje wypijanych płynów: (<i>woda: źródłana/mineralna/kranowa/smakowa; herbata: zwykła/owocowa/zielona/czerwona/zielona/biała/żółta/inna; kawa: rozpuszczalna/parzona/ekspres/rozpuszcz. zbożowa/inna; soki: jednodniowe/kartonowe/inne; Cola/Fanta/Sprite/energetyki/inne...</i>)
Czy po posiłkach masz spadek energii?	Czy podjadasz między posiłkami? Jeśli tak to co najczęściej i w jakich ilościach?
Jak często pojawiają się produkty typu fast-food, chipsy, słone przekąski w Twoim jadłospisie? (<i>frytki/zapiekanki/hamburgery/hot-dogi/pizza/kebab/inne...</i>)	
Czy występują używki?	Jak często? Jakie? (<i>papierosy, alkohol, słodycze,</i>

	<i>kawa w dużej ilości z dodatkami, mocna herbata, inne...):</i>
Czy słodzisz napoje?	Czym i w jakich ilościach? <i>(cukier/ksylitol/stewia/słodziki/fruktoza/cukier trzcinowy, inne...)</i>
Jak często jesz warzywa? <i>(codziennie 4-5 porcji/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2)</i>	Jakie? W jakiej postaci?
Jak często jesz owoce? <i>(codziennie 2- 3 porcje/codziennie 1-2 porcje/raz na 2 dni/rzadziej niż raz na 2)</i>	Jakie? W jakiej postaci?
Jakie pieczywo spożywasz? <i>(jasne/tostowe/ciemne/razowe/graham/petnoziarniste/mieszane/inne ...)</i>	Czym smarujesz pieczywo?
Jak często spożywasz kasze, makarony, ryż, płatki, musli/owsiane? Jakiej? (kasza: Drobnoziarnista/pęczak/ gryczana / jaglana/inna; makaron: biały/petnoziarnisty /orkiszowy/inny; ryż: biały/basmati/jasminowy/paraboiled/ dziki/brązowy/inny; ziemniaki; płatki: owsiane/orkiszowe; nesquik/musli kupne/crunche/inne...)	
Czy spożywasz produkty mączne? Jakiej i ile? (kluski/pierogi/pyzy/knedle/inne...)	
Jak często spożywasz mleko, przetwory mleczne, sery, jogurty? Jakiej?	
Jakiej najczęściej spożywasz rodzaje mięs? Jak jest przyrządzone? Ile razy w tygodniu?	
Jakiej ryby i owoce morza spożywasz najczęściej? W jakiej postaci?	

<p>Jak często jesz orzechy, nasiona, suszone owoce, strączki? Jakie?</p>	
<p>Jakiego tłuszczu używasz na zimno i do smażenia? (oleje: rzepakowy/słonecznikowy/lniany/kokosowy/inne; oliwa/smalec/masło/masło klarowane; inne...)</p>	
<p>Ulubione produkty i potrawy:</p>	
<p>Produkty i potrawy, z których nie jesteś w stanie zrezygnować?</p>	
<p>Produkty i potrawy, których nie lubisz?</p>	
<p>Preferowany smak potraw (słodki, słony, ostry, ziołowy, inne...):</p>	
<p>Kiedy masz największą ochotę na jedzenie? W jakich sytuacjach?</p>	
<p>Ile chciałabyś/chciałbyś ważyć?</p>	<p>Dlaczego chcesz schudnąć/przytyć/utrzymać masę ciała?</p>
<p>Wyniki badań (mogą być dołączone w formie załącznika): (mogą być zlecone dopiero po konsultacji z dietetykiem)</p>	

Ogólne (mogą być bezpłatnie zlecone przez lekarza w ramach POZ): :

UWAGA! O rodzaju wykonywanych badań decyduje lekarz!

- morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym,
- morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi,
- odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c).
- ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu,
- ilościowe oznaczanie białka w moczu,
- ilościowe oznaczanie glukozy w moczu,
- badanie ogólne kału,
- antygen H. pylori,
- sód, potas, wapń zjonizowany, żelazo, stężenie transferyny, mocznik, kreatynina, glukoza, test obciążenia glukozą,
- białko całkowite, proteinogram, prealbumina, albumina, białko C-reaktywne (CRP), kwas moczowy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL, cholesterol-LDL, triglicerydy (TG), bilirubina całkowita, bilirubina bezpośrednia, fosfataza alkaliczna (ALP), aminotransferaza asparaginianowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), gammaglutamylotranspeptydaza (GGT), amylaza, kinaza kreatynowa (CK), fosfataza kwaśna całkowita (ACP), czynnik reumatoidalny (RF), miano antystreptolizyn O (ASO), hormon tyreotropowy (TSH), FT3, FT4, antygen HBs-AgHBs, VDRL ferrytyna, witamina B12, kwas foliowy, anty-CCP,
- ciśnienie tętnicze krwi, kolonoskopia, gastroscopia.

Inne :

Czy przeszedłeś/przeszłaś dużo antybiotykoterapii? (ile mniej/więcej? Kiedy?)

Co chcesz otrzymać? (ogólne zalecenia żywieniowe/szczegółowe zalecenia żywieniowe/zalecenia żywieniowe dostosowane do planowanego zabiegu operacyjnego/leczenia onkologicznego)

Czy jest jeszcze coś, o czym powinienem wiedzieć?

.....

.....

.....

DZIĘKUJĘ ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA!

.....
Data i czytelny podpis