



art⁺Cllinik

CENTRUM ZDROWIA I URODY



mgr Dominika Grońska

dietetyk kliniczny · psychoonkolog

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY-ZDROWOTNY

Bardzo proszę o rzetelne wypełnienie poniższego formularza **on-line** lub **pisemnie, drukowanymi literami** i zwrotne przesłanie kwestionariusza w formie pliku pdf./doc./skanów/zdjęć na adres e-mail: dominika.gronska.dietetyk@gmail.com

Wysyłając wypełniony formularz wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu dla potrzeb niezbędnych w celu opracowania indywidualnych zaleceń dietetycznych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Nie ponoszę odpowiedzialności za efekty konsultacji w przypadkach poświadczenia nieprawdy przez pacjenta oraz okazania nieaktualnych wyników badań laboratoryjnych!

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania (nieobowiązkowe):

Adres e-mail:

Data urodzenia:

Wykonywany zawód: (uczeń/ student/ osoba pracująca/ osoba nie pracująca/ emeryt/ rencista)

Masa ciała:

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 przewlekłą, wsparcie przez zabiegiem operacyjnym (prehabilitacja), inne...)

Czy uprawiasz regularnie sport?

Rodzaj uprawianego sportu:

Choroby alergiczne (*astma, pyłki (jakie?), sierść/kurz, pokarmy (jakie?), leki, inne...*)

Choroby występujące w najbliższej rodzinie?
(*rodzice, rodzeństwo, dziadkowie*)

Choroby genetyczne:

Nietolerancje pokarmowe:

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, jakie?; osteoporoza; depresja, zaburzenia lękowe; choroby neurologiczne; choroby układu pokarmowego; zaburzenia metaboliczne; choroby autoimmunologiczne; choroby przewlekłe; inne...*)

Planowane leczenie np. chemioterapia, radioterapia, immunoterapia, leczenie celowane, leczenie chirurgiczne, inne...
(*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*):

Czy jesteś odporna/ny na stres?

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

Czy korzystasz z żywności medycznej tzw. „nutidrinki”?

Czy było stosowane u Ciebie leczenie żywieniowe? (*żywienie dojelitowe, pozajelitowe, mieszane*)

Jak często się wypróżniasz?

Czy stosujesz środki przeczyszczające?

Czy przechodziłaś/leś zabiegi/operacje?

Jakie zabiegi/operacje? Kiedy?

Czy przyjmujesz leki/suplementy/antykoncepcję hormonalną?

Jakie? *(nazwa, dawka, jak długo przyjmujesz)*

Czy obecnie często chorujesz?

Jak oceniasz swoją odporność?

Czy masz problemy ze snem? *(śpię dobrze całą noc, bezsenność, wybudzanie nocne, podjadanie w nocy, inne...)*

Zmiany masy ciała w ciągu ostatnich 3-6 miesięcy:

Czy stosujesz/stosowałaś diety odchudzające/eliminacyjne/głodówki?

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? *(np. napadowe objadanie, niejedzenie ok. posiłków, głodzenie, inne...)*

Opisz krótko, jak wygląda aktualnie Twój typowy dzień pod względem spożycia posiłków:

Czy po posiłkach masz spadek energii?

Czy podjadasz między posiłkami? Co i w jakich sytuacjach?

Ulubione produkty i potrawy:

Wyniki badań *(mogą być dołączone w formie załącznika):*
(mogą być zlecone dopiero po konsultacji z

dietetykiem)

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), CRP, 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, gastroskopia.

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/

jadłospis 7-dni (dodatkowa opłata)

Czy jest coś jeszcze, o czym powinienam wiedzieć?

.....
.....

.....
data i czytelny podpis