

ANKIETA Pacjenta CM NIZP-PZH

Imię i nazwisko pacjenta:.....PESEL.....
Data porady dietetycznej:.....telefon:.....mail:.....
Adres:.....

Proszę zakreślić/uzupełnić odpowiednią odpowiedź:

- I. Rodzaj wykonywanej pracy:
1. ciężka fizyczna
 2. z umiarkowanym wysiłkiem fizycznym
 3. siedząca
 4. niepracujący
- II. Czy podejmuje Pan/Pani jakąś aktywność fizyczną poza pracą?
1. Tak 2. Nie
- III. Jeżeli **Tak**, proszę określić jaki jest to: 1. rodzaj aktywności.....
2. czas trwania..... i 3. częstotliwość w tygodniu.....
- IV. Które z wymienionych chorób występują u Pani/Pana?
1. Nadwaga/otyłość
 2. Nadciśnienie
 3. Zaburzenia lipidowe
 4. Cukrzyca
 5. Dna moczanowa
 6. Inne lub podejrzenie chorób:
.....
- V. Czy któreś z powyższych chorób występują u innych członków rodziny?
1. Tak 2. Nie
- VI. Jeśli **Tak**, to jakie i u kogo z rodziny?
- 1. Matka 2. Ojciec 3. Siostra 4. Brat**
- VII. Czy przyjmuje Pan/Pani przewlekle leki? **1. Tak 2. Nie**
- VIII. 1. Jakie leki ?.....
2. Jak długo ?.....
- IX. Czy słodzi Pan/Pani napoje? **1. Tak 2. Nie**
- X. Jeśli **Tak**, to proszę określić, 1. jakie napoje
2. ile łyżeczek na szklankę.....
- XI. Czy spożywa Pan/Pani alkohol? **1. Tak 2. Nie**
- XII. Jeśli **Tak**, to które z wymienionych alkoholi spożywa Pan/Pani? Jeśli tak to ile i jak często (z boku przy rodzaju alkoholu proszę dopisać)
1. piwo..... 2. wino białe..... 3. wino czerwone.....
4. wódka..... 5. likier..... 6. nalewki..... 7. inne.....
- XIII. Czy pali Pan/Pani papierosy? **1. Tak 2. Nie**
- XIV. Jeśli **Tak**, to: 1. od ilu lat ?.....2. ile dziennie ?.....
- XV. Czy dosala Pan/Pani potrawy? **1. Tak 2. Nie**
- XVI. Które produkty/potrawy są dosalane.....
- XVII. Jakie ilości/porcje? 1. szczypta 2. łyżeczka 3. inna wielkość.....
- XVIII. Jaką sól Pan/Pani stosuje? 1. zwykłą 2. magnezową 3. potasową
4. jodowaną 5. inną

XIX. Czy przyjmuje Pan/Pani witaminy lub inne suplementy diety? **1. Tak** **2. Nie**

XX. Jeśli **Tak**, to: 1. jakie ?2. jak długo ?

Dane antropometryczne	data.....	data.....	data.....
Masa ciała (kg)			
Wysokość ciała (cm)			
Obwód talii (cm)			
Obwód bioder (cm)			
Obwód ramienia (cm)			
Wartość ciśnienia krwi (mmHg)			
Puls			
Wyniki badań krwi	data.....	data.....	data.....
Erytrocyty (RBC)			
Leukocyty (WBC)			
Hemoglobina (HGB)			
Hematokryt (HCT)			
Płytki krwi (PLT)			
Odczyn Biernackiego (OB)			
CRP			
AST			
ALT			
GGTP			
Albuminy			
Cholesterol całkowity			
Triglicerydy			
Cholesterol HDL			
Cholesterol LDL			
Glukoza			
Kwas moczowy (UC)			
Kreatynina (CREA)			
Mocznik			
eGFR			
TSH			
Kinaza kreatynowa (CK)			
Sód (Na)			
Potas (K)			

XXI. Jakie najczęściej pije Pan/Pani płyny? (Proszę zaznaczyć krzyżykiem)

	Tak (zaznacz)	Ilość szklanek na dzień		Tak (zaznacz)	Ilość szklanek na dzień
21 A. Wody smakowe, napoje, nektary niegazowane			21 E. Kawa		
21 B. Soki			21 F. Woda niegazowana (jaka?.....)		
21 C. Herbata			21 G. Woda gazowana (jaka?.....)		
21 D. Napoje słodzone gazowane			21 H. Napoje energetyzujące		

Wzór dzienniczka żywieniowego:

Proszę dokonać zapisu żywieniowego ze swojego przykładowego dnia, według wzoru: śniadanie godz. 8:00- kanapki (2 kromki chleba żytniego posmarowane cienko masłem, 2 plasterki polędwicy sopockiej, 2 plasterki pomidora, mały ogórek; kawa z mlekiem 2% tł. itd.). Podając ilości spożytych produktów proszę używać miar domowych (sztuki, kromki, łyżki, szklanki).

Data.....	SKŁADNIKI	ILOŚCI SKŁADNIKA
Śniadanie godz.....		
II śniadanie godz.....		
Obiad godz.....		
Podwieczorek godz.....		
Kolacja godz.....		
Produkty i napoje spożywane między posiłkami		

