Wywiad zdrowotny i żywieniowy

Metryczka pacjenta

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Adres e-mail:	
Numer telefonu:	
Aktualna masa ciała:	Wzrost:
Pożądana masa ciała:	

Cel wizyty

	Tak	Nie
redukcja masy ciała		
zwiększenie masy ciała		
zmiana nawyków żywieniowych		
wsparcie leczenia choroby (jakiej?)		

Dodatkowe oczekiwania

	Tak	Nie
polepszenie poziomu energii		
poprawa koncentracji		
poprawa włosów, skóry i paznokci		
poprawa kondycji		
Czego oczekujesz od dietetyka?		

Styl życia i aktywność zawodowa

status zawodowy ☐ uczeń ☐ student ☐ aktywny zawodowo ☐ nieaktywny zawodowo ☐ rencista ☐ emeryt	
wykonywany zawód	
tryb pracy ☐ siedząca ☐ fizyczna ☐ mieszana	
godziny pracy/zmiany	
godzina pobudki (dni robocze)	godzina spoczynku (dni robocze)
godzina pobudki (weekend)	godzina spoczynku (weekend)

	Tak	Nie
Czy wybudzasz się w nocy?		
Czy podjadasz w nocy?		
Czy masz możliwość odgrzania posiłku w pracy?		

Aktywność fizyczna

Wybierz opis Twojej aktywności fizycznej:

siedzący tryb życia, praca biurowa, brak ćwiczeń fizycznych w ciągu tygodnia	
siedzący tryb życia, praca biurowa, 2-3 razy w tygodniu aktywność fizyczna trwająca do 1 h	
średnio aktywny tryb życia, codzienna aktywność fizyczna trwająca do 1 h	
aktywny tryb życia, codzienna aktywność fizyczna trwająca dłużej niż 1 h	
praca fizyczna, duży wysiłek fizyczny	

Uwarunkowania psychologiczne, społeczne, ekonomiczne

	Tak	Nie
Czy obserwujesz u siebie związek stresu z pożywnieniem?		
Czy zajadasz stres?		
Czy stres wpływa na brak apetytu?		
Czy obecnie występuje przewlekły stres?		
Ocena poziomu stresu od 1 do 10 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10		
Ile czasu przeznaczasz na gotowanie w ciągu dnia?		
Czy korzystasz z gotowych produktów typu instant, mrożone pierogi, gotowe dania?Jeśli tak, to jak często?		
Czy jadasz w mieście? Korzystasz z restauracji, barów i miejsc typu fast food?Jeśli tak, to jak często?		

Stosowane wcześniej diety i ich rezultaty

	Tak	Nie
Czy w przeszłości stosowane były diety lub restrykcje żywieniowe? Jeśli tak, to jak dawno, jakiego rodzaju i z jakim skutkiem?		
Czy obecnie stosowana jest jakakolwiek dieta lub eliminacja np. mięsa, nabiału, glutenu?		
Czy przez ostanie pół roku/1 roku zmieniła się masa ciała? bez zmian/w górę (ile?)/ w dół (ile?)		

Wywiad medyczny

Czy cierpisz obecnie na którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń lub dolegliwości?

Cukrzyca		Wysoki poziom cholesterolu	
Wysoki cukier we krwi		Nadciśnienie/niskie ciśnienie	
Insulinooporność		Choroby serca: zawały, niewydolność	
Miażdżyca		Tarczyca niedoczynność/nadczynność	
Dna moczanowa		Hashimoto/G-Basedowa	
Nerki: kamienie/wycięta		G-Basedowa	
Kości: osteoporoza		Skóra: nadpotliwość/łuszczyca	
Kości: RZS		Wątroba:otłuszczona/zapalenie	
Kości: Reumatyzm		Wątroba: przewlekła niewydolność	
Padaczka		Choroby trzustki	
Migreny		Zatrzymywanie wody w organizmie	
Depresja		Obrzęki	
Bolesne miesiączki		Nowotwory	

	Tak	Nie
Czy posiadasz rozrusznik serca?		
Czy cierpisz na alergie? Jeśli tak, to na jakie?		
Czy cierpisz na stwierdzone nietolerancje pokarmowe? Jeśli tak, to na jakie?		

Stan przewodu pokarmowego

wrzody żołądka		wrzody jelita	
H.Pylori		jelito drażliwe	
refluks		zgaga	
wzdęcia		zaparcia/biegunki	
wycięty pęcherzyk żółciowy		hemoroidy	

	Tak	Nie
Czy przebyłeś operacje, zabiegi w ciągu dwóch ostatnich lat? Jeśli tak, to jakie?		
Czy stosujesz suplementy diety? Jeśli tak to jakie? Podaj porę przyjmowania.		
Czy przyjmujesz leki? Jeśli tak to jakie? Podaj porę przyjmowania.		

KOBIETY

	Tak	Nie
Czy miesiączkujesz? Jeśli tak, to czy regularnie?		
Czy jesteś w ciąży?		
Czy karmisz obecnie piersią?		

Wywiad żywieniowy

	Tak	Nie
Czy podjadasz między posiłkami?		
Czy palisz papierosy?		
Czy często pijesz alkohol?		
Czy często pijesz słodkie napoje/gazowane?		
Ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia:		
Ile pijesz wody w ciągu dnia?		
Ile pijesz kawy w ciągu dnia?		
Ile pijesz herbaty w ciągu dnia?		
Czy słodzisz napoje gorące? Ile?		

Wymień produkty źle tolerowne
Wymień produkty wyeliminowane z diety
Wymień produkty nielubiane
Wymień produkty bardzo lubiane
Jaki rodzaj pieczywa zazwyczaj spożywasz? ☐ białe ☐ razowe ☐ żytnie ☐ bezglutenowe ☐ mieszane ☐ inne, jeśli tak, to jakie