Wywiad żywieniowo zdrowotny przed konsultacją dietetyczną

Centrum Medycyny Żywienia Carolina Medical Center

1. **Informacje ogólne**

**Imię i nazwisko**:

**Nr tel**.:

**E-mail**:

**Wiek**:

**Wzrost:**

**Masa ciała**:

Schorzenia, choroby (diagnoza lekarska, informacja z wypisu ze szpitala, przebyte operacje, czas trwania choroby). Jeśli historia chorób jest bardzo długa i/lub jest to wiele chorób, bardzo proszę o opis w punkcie iv na końcu pliku.

Wyniki ostatnich badań (nie starsze niż rok np. poziom cholesterolu, glukoza na czczo, poziom kwasu moczowego):

Leki obecnie przyjmowane (nazwa, dawka):

Suplementy obecnie przyjmowane (nazwa, dawka):

Alergie wziewne i pokarmowe:

Nietolerancje pokarmowe:

Diety stosowane w przeszłości przez ostanie 5 lat (nazwa np. Paleo, czas trwania, rezultaty):

Cel wizyty:

1. **Styl życia i samopoczucie**

Rodzaj wykonywanej pracy (siedząca/fizyczna; ciężka/lekka; ile godzin dziennie; regularna/zmianowa; uczeń, student/pracownik/emeryt):

Aktywność fizyczna:  
Jeśli uprawia Pan/Pani sport, to jaki i ile czasu w tygodniu/miesiącu? (np. nordic walking – 3 x 1 godz. w tygodniu; narty – 2 x 5 dni w roku).

Spędzanie wolnego czasu (czytanie książek, oglądanie TV, spacery z psem, wycieczki, praca w ogrodzie itp.)

Zwyczajowa godzina pobudki:

Zwyczajowa godzina chodzenia spać:

Proszę opisać Pani/Pana poziom energii w ciągu dnia w skali od 1 do 10 (1 – bardzo złe, 10 – bardzo dobre):

* rano
* w południe
* po południu
* wieczorem

Ocena stanu zdrowia w skali 1 do 10 (1 – bardzo złe, 10 – bardzo dobre):

Ocena samopoczucia w skali 1 do 10 (1 – bardzo złe, 10 – bardzo dobre):

Ocena własnego sposobu odżywiania w skali 1 do 10 (1 – bardzo złe, 10 – bardzo dobre):

Czy występują dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (zgaga, przelewanie w jelitach, odbijanie, uczucie pełności, wzdęcia, gazy)?

Jak często oddaje Pani/Pan stolec?

1. **Odżywianie**

Proszę opisać w tabeli bardzo dokładnie ZWYCZAJOWY jadłospis (np. kanapki: 3 średnie kromki chleba białego, posmarowane grubo masłem, 6 plasterków szynki wieprzowej, 3 plasterki sera żółtego, herbata czarna bez cukru) PROSZĘ POMINĄĆ UZUPEŁNIANIE TABELKI, JEŚLI PROWADZI PAN /PANI DZIENNICZEK NOTOWANIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RODZAJ POSIŁKU | DNI ROBOCZE | WEEKEND |
| POSIŁEK I + NAPOJE |  |  |
| POSIŁEK II + NAPOJE |  |  |
| POSIŁEK III + NAPOJE |  |  |
| POSIŁEK IV + NAPOJE |  |  |
| POSIŁEK V + NAPOJE |  |  |
| POSIŁEK VI + NAPOJE |  |  |
| PODJADANIE |  |  |
| DODATKOWE NAPOJE |  |  |

Ulubione produkty i potrawy:

Produkty i potrawy, których nie lubię:

Jedzenie poza domem (jak często, odwiedzane miejsca):

Przygotowywanie posiłków i umiejętności kulinarne:

1. **Historia chorób**

Proszę opisać historię Pani/Pana I choroby (kiedy się zaczęła, przyjmowane leki, okoliczności zaostrzające objawy itp.):

Proszę opisać historię Pani / Pana II choroby (kiedy się zaczęła, przyjmowane leki, okoliczności zaostrzające objawy itp.):

Proszę opisać historię Pani / Pana III choroby (kiedy się zaczęła, przyjmowane leki, okoliczności zaostrzające objawy itp.):