1. Proszę uzupełnić poniższe dane

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  | | | | |
| **PESEL** | **Miejsce zamieszkania/Adres** | | | | **Obecna masa ciała / wzrost** |
| **Login skype (dotyczy konsultacji online)** | | | | | |
| **Telefon, dane do kontaktu**  nr tel.:  e-mail: | | | | **Powód i cel wizyty** | |
|  | |
| **Aktywność fizyczna** (*rodzaj aktywności, ilość godzin*  *dziennie i w ciągu tygodnia*) | | | | **Czego oczekujesz od dietetyka?** | |
| **Skąd wiesz o działalności poradni?** | Polecenie | Strona www | Fanpage na Facebook | ulotka | Inne: |
| **Choroby przewlekłe** (np. dna moczanowa,hipercholesterolemia, cukrzyca, miażdżyca, inne) | | | | | |
| **Przyjmowane leki i suplementy** (rodzaj, firma, dawka, jak długo stosowane) | | | | | |
| **Alergie pokarmowe** (dzieciństwo/ aktualne) | | | | | |
| **Czy wśród najbliższych krewnych są problemy z tarczycą, jelitami, alergiami, otyłością, nowotworami, itp.?** | | | | | |
| Dotyczy kobiet: **Miesiączka –** nie mam/występuje / obecnie brak/ regularna/ nieregularna/ bolesna/ obfita? W jakim wieku się pojawiła po raz pierwszy? | | | | | |
| **Jaki jest Twój styl życia** – ile godzin śpisz, ile godzin pracujesz, co robisz w wolnym czasie, jak spędzasz weekendy, czy stołujesz się w domu/ na mieście? | | | | | |
| **Używki – czy pijesz alkohol** (jaki, jak często)**, kawę** (jaką, jak często, mleko, cukier), energetyki (ile w ciągu dnia, jak często)**? Czy palisz papierosy** (ile w ciągu dnia, od ilu lat)? | | | | | |
| **Czy sięgasz po słodycze po posiłku? Jakie?** | | | | | |
| **Czy czujesz się śpiąca/ śpiący po posiłku?** | | | | | |
| **Czy rano wstajesz wypoczęta/ wypoczęty?** | | | | | |
| **Czy często chorujesz/przeziębiasz się?** | | | | | |
| **Jaka jest Twoja motywacja do podjęcia się zmian w żywieniu (skala od 1 do 10)?** | | | | | |

1. Proszę wpisać poniżej najświeższe wyniki badań:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Wynik badania** | **Norma** | **Rodzaj badania** | **Wynik badania** | **Norma** |
| morfologia |  |  | TSH |  |  |
| fT3 |  |  |
| fT4 |  |  |
| anty-TPO |  |  |
| anty-TG |  |  |
| żelazo |  |  |
| ferrytyna |  |  |
| witamina D |  |  |
| witamina B12 |  |  |
| krzywa cukrowa  (3-punktowa) | 1.  2.  3. | 1.  2.  3. | homocysteina |  |  |
| kortyzol |  |  |
| CRP |  |  |
| krzywa insulinowa  (3-punktowa) | 1.  2.  3. | 1.  2.  3. | IgE całkowite |  |  |
| prolaktyna |  |  |
| kwas moczowy |  |  |
| glukoza na czczo |  |  | kreatynina |  |  |
| insulina na czczo |  |  | eGFR |  |  |
| wapń |  |  | Analiza moczu |  |  |
| sód |  |  |
| potas |  |  |
| ALT |  |  |
| AST |  |  |
| HDL |  |  |
| LDL |  |  |
| trójglicerydy |  |  |  |  |  |
| cholesterol całkowity |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJAWY** | **JAK CZĘSTO**  *(np. raz w tyg.)* | **OBJAWY** | **JAK CZĘSTO**  *(np. raz w tyg.)* |
| nawracające zapalenie spojówek |  | próchnica |  |
| nadmierna potliwość |  | opuchnięcie twarzy |  |
| bóle głowy |  | katar |  |
| migreny |  | stany zapalne zatok |  |
| bezsenność/ problemy ze snem |  | wypryski skórne |  |
| lęki |  | świąd skóry |  |
| depresja |  | suchość skóry |  |
| przewlekłe zmęczenie |  | trądzik |  |
| senność poposiłkowa |  | ziemista / szara cera |  |
| problemy z koncentracją |  | łamliwość włosów i paznokci |  |
| bóle brzucha |  | cienie pod oczami |  |
| zgaga |  | bóle mięśni |  |
| biegunki |  | obrzęki stawów |  |
| zaparcia |  | bóle kostno-stawowe |  |
| wzdęcia |  | obfite miesiączki |  |
| niestrawność |  | zespół napięcia przedmiesiączkowego |  |
| zespół jelita nadwrażliwego |  | zaburzenia cyklu miesiączkowego |  |
| problemy z masą ciała |  | torbiele piersi, macicy |  |
| zatrzymywanie wody w organizmie |  | kołatanie serca |  |
| przewlekły kaszel |  | problemy z pamięcią |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Proszę zaznaczyć w poniższej tabeli występujące objawy i/lub wpisać inne w wolne miejsca.
2. Proszę dokładnie wypełnić poniższe pola dotyczące pracy przewodu pokarmowego

|  |  |
| --- | --- |
| **Częstość wypróżnień**  *(jak często, jaka forma, czy całkowite, biegunka, zaparcia)* |  |
| **Wzdęcia po posiłku** *(mam, nie mam, jak często się pojawiają, po jakich produktach się pojawiają)* |  |
| **Zapach stolca jest nieprzyjemny i drażniący** *(tak, nie; jaki zapach – kwaśny, metaliczny, siarkowy, cuchnący, inny)* |  |
| **Barwa stolca** *(brązowa, zielona, jasna, żółta, inna)* |  |
| **Krew w stolcu** *(tak, nie, była w przeszłości)*  **Mam „strzelające” stolce** *(tak, nie; po jakich produktach)* |  |
| **Po posiłkach czuję ciężkość na żołądku** *(tak, nie, po jakich produktach/ posiłkach)* |  |
| **Jak często przyjmowane są antybiotyki** |  |
| **Wrzody żołądka, stany zapalne jelit/ żołądka** *(są, były, nie było w przeszłości)* |  |
| **Nudności, wymioty** |  |

1. Jeśli jesteś alergikiem, koniecznie napisz, czy byłeś/byłaś odczulana

|  |  |
| --- | --- |
| **Immunoterapia alergenowa (odczulanie)** |  |
| W jakich latach (np. od 2010 – 2015 r.) | – |  |
| Proszę zaznaczyć alergeny, na które zostało przeprowadzone odczulanie:  jad owadów żądlących  pyłki traw i zbóż  pyłki drzew (jakich? ………………………………)  pyłki chwastów (jakich? …………………..)  roztocza kurzu domowego, roztocza magazynowe  nabłonki i sierść kota  alergeny pleśni (*Alternaria, Cladosporium*) | | |

1. Czy przez ostatni rok była stosowana jakąkolwiek dieta (np. bezglutenowa, bezmleczna, niskokaloryczna, białkowa, wegetariańska)? **Jeżeli tak, to proszę uzupełnić poniższe informacje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj stosowanej diety  (*nazwa diety, czy była ułożona przy pomocy specjalisty, jaka była motywacja*) |  |
| Okres, kiedy była stosowana dieta  (*od kiedy do kiedy?*) |  |

1. Proszę opisać swoje preferencje żywieniowe (wymienić konkretne produkty):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przykładowe produkty | Produkty i potrawy, jakie  lubię / spożywam: | Produkty i potrawy, jakich  **nie** lubię / **nie** spożywam: |
| mleko, ser, twaróg, jogurt, kefir, śmietana, serek wiejski, desery mleczne, inne |  |  |
| jaja (jaki rodzaj jaj) |  |  |
| chleb pszenny, mieszany, żytni, na zakwasie, z drożdżami, bułki (jakie) |  |  |
| makaron pszenny, jajeczny, żytni, gryczany, pszenny pełnoziarnisty, z semoliny, z pszenicy durum, orkisz, inny |  |  |
| kasze: jaglana, gryczana, jęczmienna, owsiana, kuskus, kukurydziana, amarantus, komosa ryżowa, ryż biały/ brązowy/ basmati, inne |  |  |
| Mięsa (wieprzowe, wołowe, indyk, kurczak, podroby, cielęcina, królik, kaczka, dziczyzna; wędliny i konserwy – jakie?) |  |  |
| ryby (łosoś, makrela, śledź, karp, inne – w jakiej formie; dzikie, hodowlane) |  |  |
| owoce morza (jakie) |  |  |
| owoce (jakie i w jakiej formie – świeże, konfitura, sok) |  |  |
| warzywa (jakie i w jakiej formie – świeże, duszone, mrożone, sok) |  |  |
| nasiona strączkowe (soja, soczewica, ciecierzyca, fasola, groch, fasolka szparagowa, groszek, inne) |  |  |
| ziarna, pestki i orzechy (jakie) |  |  |
| napoje (napoje gazowane, herbata, kawa, soki, alkohol, napary ziołowe) |  |  |
| tłuszcze (olej rzepakowy, oliwa z oliwek, olej kokosowy, smalec, inne) |  |  |
| ciasta i słodycze (jakie, domowe, kupione) |  |  |
| dania |  |  |

1. Proszę prowadzić **dziennik żywieniowy** przez 3 kolejne dni (najlepiej obejmujące jeden dzień weekendowy - świąteczny, wolny od pracy) w celu oceny żywienia.

* Godzina spożycia: godzina, o której został spożyty dany posiłek.
* Rodzaj posiłku i miejsce spożycia: I śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja, przekąska/„pojadanie” oraz np. dom, restauracja, miejsce pracy, na spacerze itd.
* Spożyte produkty/potrawy: należy wymienić wszystkie produkty lub potrawy spożywane na określony posiłek, zaznaczając przy tym **sposób przyrządzania potraw** (np. gotowane, smażone, duszone, pieczone, typu *fast food*, gotowe danie) oraz w miarę możliwości **rodzaj użytych produktów** (np. w przypadku drobiu należy określić które części zostały spożyte – udo, pierś, skrzydełko). W przypadku potraw należy podać **skład dań** (np. składniki zup). Ważne jest, aby wpisać wszystkie potrawy, również przekąski oraz wszystkie napoje, alkohol, papierosy, zażywane leki, gumy do żucia.
* Ilość: w miarę możliwości należy zapisać wielkość porcji poszczególnych produktów lub potraw wyrażane w gramach (lub miarach domowych), np. 150 gram jogurtu, 250 ml soku itd.;
* Samopoczucie: proszę każdego dnia krótko opisać ogólne samopoczucie, zmęczenie, ewentualne bóle oraz wszelkie objawy/dolegliwości i uwagi, jakie zauważysz.

**DZIEŃ 1**, data i dzień tygodnia:   
Godzina, o której Pan(i) wstał(a):

Godzina, o której Pan(i) położył(a) się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

**DZIEŃ 2**, data i dzień tygodnia:   
Godzina, o której Pan(i) wstał(a):

Godzina, o której Pan(i) położył(a) się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

**DZIEŃ 3**, data i dzień tygodnia:   
Godzina, o której Pan(i) wstał(a):

Godzina, o której Pan(i) położył(a) się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

Dziękujemy za wypełnienie formularza!