



DIETETYKA: ANKIETA - NutriGene

**czerwone pola wypełnia dietetyk*

Proszę o staranne i bardzo dokładne wypełnienie ankiety!

DANE OSOBOWE:

Imię: Nazwisko:

Telefon: E-mail:

INFORMACJE PODSTAWOWE:

Dlaczego zdecydował się Pan/Pani na wykonanie Testu NutriGene?

.....
.....

Aktualna masa ciała: Wzrost:

Obwód talii: Obwód bioder:

Wiek: Oczekiwana masa ciała:

Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej:

brzuszne pośladkowo-udowe

Komentarz:

.....
.....

BMI: Interpretacja BMI:

Docelowa masa ciała:

WYWIAD ZDROWOTNY

Czy cierpi Pan/Pani na choroby przewlekłe?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę zaznaczyć występujące choroby:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Choroba niedokrwienna serca | <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa dwunastnicy |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie | <input type="checkbox"/> Choroby wątroby |
| <input type="checkbox"/> Miażdżyca | <input type="checkbox"/> Choroby nerek |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu I (insulinozależna) | <input type="checkbox"/> Zaburzenia w wydzielaniu hormonów płciowych |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu II (insulinoniezależna) | <input type="checkbox"/> Choroby o podłożu autoimmunologicznym (np. stwardnienie rozsiane, choroba, Hashimoto, tarczycyca itd.) Jeśli tak, to jakie? |
| <input type="checkbox"/> Anemia | |
| <input type="checkbox"/> Refleks żołądkowo-przełykowy | |
| <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy | |
| <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy | |
| <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa żołądka | |

Alergia/nietolerancja pokarmowa – wpisz, na jakie produkty:

.....
Inne schorzenia układu pokarmowego – wpisz, jakie:
.....

Inne – wpisz jakie:

.....
Historia choroby:

.....
Czy obserwuje Pan/Pani występowanie któregoś z niżej wymienionych objawów?

- Zaparcia
- Wzdęcia
- Znaczne osłabienie/senność
- Biegunki
- Zgaga
- Bóle brzucha
- Zaburzenia miesiączkowania

- Wypadanie włosów
- Łamanie się paznokci
- Cellulit
- Inne – wpisz jakie:

.....
Czy kiedykolwiek w badaniach laboratoryjnych zaobserwował Pan/Pani odchylenia od normy któregokolwiek z poniższych parametrów?*

- Ciśnienie krwi
- Cholesterol ogółem
- HDL
- LDL
- Trójglicerydy
- Homocysteina
- Hemoglobina
- Hematokryt
- Ciśnienie krwi

- Glukoza na czczo
- Enzymy wątrobowe (ASPAT, ALAT)
- TSH
- ft3, ft4
- Inne – wpisz jakie:

.....
**Prosimy o podanie szczegółów i/lub dołączenie kserokopii/skanu badań:*

.....
Przyjmowane leki*:

.....
*(*Proszę podać: nazwy, częstotliwość przyjmowania, dawki, kiedy zaczęła się terapia)*

Czy jest Pani/ Pan uczulony/-na na określone produkty spożywcze? Jeśli tak: na jakie? Jakie są objawy?:

.....
Czy jest Pani w ciąży?*

- Tak Nie

Czy obecnie karmi Pani piersią?*

- Tak Nie

Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną?*

- Tak. Jaki preparat?..... Nie

** tylko w przypadku kobiet*

Czy w Pana/ Pani najbliższej rodzinie (rodzice, dziadkowie) występują?*

- Choroba niedokrwienności serca
- Nadciśnienie
- Miażdżyca
- Choroba Alzheimera
- Cukrzyca typu II (insulinoniezależna)
- Zakrzepica
- Otyłość

.....
**Prosimy o podanie szczegółów U kogo? Jakie choroby?*

Dodatkowe informacje dotyczące wywiadu zdrowotnego:

.....

.....

.....

Podsumowanie wywiadu zdrowotnego:

.....

.....

.....

Styl życia i nawyki żywieniowe

Rodzaj wykonywanej pracy zawodowej (aktywna, siedząca):

.....

Godziny pracy i w. zajęć dodatkowych:

.....

.....

Rodzaj, częstotliwość i intensywność aktywności fizycznej:

.....

.....

Stosowanie suplementacji witaminowo-mineralnej (np. multiwitamina, witamina C, magnez w tabletkach, musujące itd.) oraz preparatów na skórę, włosy, paznokcie. Jakiej? Jak długo? Z jakiego powodu? Systematycznie?:

.....

.....

.....

Ulubione produkty spożywcze:

.....

.....

Nielubiane produkty spożywcze (absolutnie na nie!):

.....

.....

Stosowane w przeszłości diety odchudzające. Jakiej? Jak długo? Jaki efekt?:

.....

.....

Stosowane środki wspomagające odchudzanie. Jakież? Jak długo? Jaki efekt?:

.....

.....

Użytki:.....

.....

.....

Czy ma Pan/Pani dostęp do kuchni mikrofalowej w miejscu pracy?

- Tak Nie

Czy często podróżuje Pan/Pani służbowo?

- Tak. Jak często?:
- Nie

Czy dosala Pan/Pani potrawy przy stole?

- Tak Nie Czasami

Czy używa Pan/Pani kostek rosołowych, gotowych mieszanek przypraw?

- Tak Nie Czasami

Jak często pije Pan/Pani napoje z kofeiną (kawa, cola, napoje energetyzujące)?

- W ogóle
- 1-2 razy dziennie
- 3-5 razy dziennie
- Częściej niż 5 razy dziennie
- Kilka razy w tygodniu

Inne, ważne informacje:

.....

.....

.....

**Przypominamy o dołączeniu do ankiety 3 DNIOWEGO DZIENNICZKA BIEŻĄCEGO NOTOWANIA
(dzienniczek otrzymali Państwo w pakiecie)**

Informacje do uzupełnienia:

.....

.....

.....

Uzupełnienie informacji:

.....

.....

.....

.....