**Wywiad zdrowotno-żywieniowy**

****

1. **DANE OSOBOWE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. IMIĘ I NAZWISKO:** |  | | | | | | |
| **2. WIEK:** |  | | | | | | |
| **4. ADRES E-MAIL:** |  | | | | | | |
| **6. OBECNIE WYKONYWANA PRACA ZAWODOWA:** |  | | | | | | |
| **7. GODZINY PRACY:** | PN | WT | ŚR | CZW | PT | SB | NDZ |

1. **WYWIAD ZDROWOTNY**

**WSKAŹNIKI ANTROPOMETRYCZNE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. MASA CIAŁA[KG]:** |  |
| **2. WYSOKOŚĆ CIAŁA[CM]:** |  |
| **3. BMI [kg/m2]** |  |
| **4. OBWÓD TALII [CM]:** |  |
| **5. OBWÓD BIODER [CM]:** |  |

**OCENA STANU ZDROWIA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. SCHORZENIA / CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE (NP. NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, CHOROBY SERCA, CUKRZYCA ITP.) – choroby związane z przewodem pokarmowym:** | |  |
| **- CIŚNIENIE** | |  |
| **- CHOLESTEROL CAŁKOWITY** | |  |
| **- frakcja HDL** |  | |
| **- frakcja LDL** |  | |
| **- TRÓJGLICERYDY** |  | |
| **- GLUKOZA** | |  |
| **- HEMOGLOBINA** | |  |
| **- KWAS MOCZOWY** | |  |
| **- TSH** | |  |
| **- inne parametry morfologii (GFR, Na+, K+) itp.** | |  |
| **3. PRZYJMOWANE LEKI (nazwa leku/ pora przyjmowania/ dawka):** | |  |
| **3.1 SUPLEMENTY DIETY (witaminy, składniki mineralne):** | |  |
| **3.2 KURACJA HORMONALNA:** | |  |
| **4. OBCIĄŻENIE GENETYCZNE (CHOROBY WYSTĘPUJĄCE W RODZINIE):** | |  |
| **5. ALERGIE POKARMOWE / NIETOLERANCJE – JAKIE?** | |  |
| **6. OBJAWY WYSTĘPUJĄCE W CIĄGU OSTATNICH TYGODNI/ MIESIĘCY:** | | a. wymioty trwające dłużej, niż 3 dni  b. biegunka/ więcej niż 3 płynne stolce dziennie c. wzdęcia d. zaparcia e. utrata apetytu, nudności f. trudności w żuciu/ połykaniu/ ból przy połykaniu |
| **7. HOSPITALIZACJA W CIĄGU OSTATNICH 3 MIESIĘCY?** | |  |
| **8. PRZEBYTE OPERACJE W OSTATNIM CZASIE?** | |  |
| **9. CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPRÓŻNIEŃ:** | |  |
| **10. CZY CYKL MIESIĄCZKOWY WPŁYWA NA ŁAKNIENIE?** | |  |
| **11. CZY PALI PAN/ PANI PAPIEROSY? (jeśli tak – ile dziennie?** | |  |

1. **SZCZEGÓŁOWY WYWIAD ŻYWIENIOWY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. ILE PEŁNYCH POSIŁKÓW ZJADA PAN/PANI DZIENNIE?** |  | | |
| **1.1 CZY SĄ TO POSIŁKI O STAŁYCH PORACH?** |  | | |
| **2. ILE PŁYNÓW (WODA, SOK, KAWA, HERBATA, MLEKO ITP.) WYPIJA PAN/PANI DZIENNIE?**  **JAKIE NAJCZĘŚCIEJ RODZAJE PŁYNÓW PAN/PANI WYBIERA?** |  | | |
| **3. CZY STOSUJE PAN/PANI UŻYWKI: ALKOHOL, KAWA, MOCNA HERBATA?**  **ILE DZIENNIE?** |  | | |
| **4. CZY SŁODZI PAN/PANI NAPOJE? JEŚLI TAK - CZYM I W JAKICH ILOŚCIACH?** |  | | |
| **5. CZY JE PAN/PANI POMIĘDZY POSIŁKAMI?**  **JEŚLI TAK - CO I W JAKICH SYTUACJACH?**  **W JAKICH SYTUACJACH CZUJE PAN/ PANI POTRZEBĘ JEDZENIA (STRES, PO WYSIŁKU, ITP.)?** |  | | |
| **6. JAKIE I JAK CZĘSTO SPOŻYWA PAN/PANI SŁODYCZE?** |  | | |
| **7. JAKI NAJCZĘŚCIEJ RODZAJ PIECZYWA PAN/PANI SPOŻYWA? (ZAZNACZYĆ)** | a) chleb razowy pszenny, żytni, z ziarnami, pumpernikiel, graham (tj. produkty zbożowe mało oczyszczone), | | |
| b) chleb jasny pszenny, żytni, pszenno-żytni, pieczywo tostowe, bułki zwykłe, bułki i rogale maślane, rogale francuskie, drożdżówki (produkty zbożowe wysoko oczyszczone). | | |
| **8. CZYM SMARUJE PAN/PANI PIECZYWO?** |  | | |
| **9. CZY I JAK CZĘSTO SPOŻYWA PAN/PANI PRODUKTY ZBOŻOWE TAKIE JAK (podkreślić te, które Pan/ Pani spożywa i napisać jak często):** | a. kasze (gryczana, jęczmienna, jaglana, itp.), b. makaron pszenny/ razowy, c. pieczywo chrupkie, d. gotowe produkty śniadaniowe, jak: musli, e. płatki owsiane, otręby, i. inne | | |
| **10. CZY I JAK CZĘSTO SPOŻYWA PAN/PANI:** | a. orzechy (nerkowca, brazylijskie, włoskie, laskowe, ziemne), b. nasiona słonecznika, c. nasiona dyni, sezamu, siemienia lnianego, d. inne | | |
| **11. JAK CZĘSTO JADA PAN/PANI OWOCE?**  **JAKIE NAJCZĘŚCIEJ?**  **W JAKIEJ POSTACI?**  **JAKICH PAN/ PANI NIE LUBI:** |  | | |
| **12. JAK CZĘSTO JADA PAN/PANI WARZYWA?**  **JAKIE NAJCZĘŚCIEJ?**  **W JAKIEJ POSTACI?**  **JAKICH PAN/ PANI NIE LUBI:** |  | | |
| **13. CZY I JAK CZĘSTO SPOŻYWA PAN/PANI ROŚLINY STRĄCZKOWE?** |  | | |
| **14. JAKIE PRODUKTY NABIAŁOWE PAN/PANI SPOŻYWA?**  **JAK CZĘSTO?**  **CZY WYSTĘPUJĄ PO ICH SPOŻYCIU DOLEGLIWOŚCI?** | a. mleko, b. jogurt naturalny, c. kefir, d. maślanka, e. sery twarogowe, grani, f. sery żółte, topione, pleśniowe. | | |
| **15. ILE SZTUK I JAK CZĘSTO SPOŻYWA PAN/PANI JAJA?** |  | | |
| **16. JAK CZĘSTO SPOŻYWA PAN/PANI RYBY?** |  | | |
| **17. JAKIE GATUNKI RYB PAN/PANI WYBIERA? (ZAZNACZYĆ)** | a) ryby chude – mintaj, dorsz, morszczuk | | |
| b) ryby tłuste – tuńczyk, łosoś, śledź, karp, sardynki, makrela | | |
| **18. JAKI NAJCZĘŚCIEJ RODZAJ MIĘSA I WĘDLIN PAN/PANI SPOŻYWA? JAK CZĘSTO?**  **(OKREŚLIĆ PRZY DANYM GATUNKU)** | wołowina | |  |
| wieprzowina | |  |
| drób – kurczak, indyk, kaczka | |  |
| wędliny wysokogatunkowe drobiowe | |  |
| wędliny wysokogatunkowe wieprzowo – wołowe | |  |
| kiełbasy – mielonka, parówki, kiełbasy | |  |
| wyroby wędliniarskie – salceson, pasztet, kaszanka | |  |
| podroby – wątróbka, żołądki, nerki | |  |
| **19. PREFEROWANE RODZAJE TŁUSZCZÓW (ZAZNACZYĆ JEŚLI SĄ UŻYWANE):** | Tłuszcze zwierzęce | a) słonina, smalec | |
|  | b) masło | |
| c) masło z dodatkiem olejów roślinnych | |
| d) śmietana | |
| Tłuszcze roślinne | e) oliwa | |
|  | f) oleje (wpisać rodzaj!) | |
| g) margaryny miękkie (do smarowania) | |
| h) margaryny twarde (w kostce) | |
| i) majonez | |
| **20. PREFEROWANE TECHNIKI SPORZĄDZANIA POTRAW** |  | | |
| **20.1 SPRZĘT GOSPODARSTWA DOMOWEGO (WYMIENIĆ)** | Np. Mikser, parowar, mikrofalówka, piekarnik itp. | | |
| **21. PREFEROWANY SMAK POTRAW (SŁODKI/SŁONY/OSTRY/ ZIOŁOWY):** |  | | |
| **22. CZY I JAK CZĘSTO JADA PAN/PANI DANIA TYPU FAST FOOD?** |  | | |
| **23. CZY I JAK CZĘSTO ZJADA PAN/PANI SŁONE PRZEKĄSKI (NP. CHIPSY, KRAKERSY, PALUSZKI)?** |  | | |
| **24. JAKICH PRZYPRAW UŻYWA PAN/PANI W KUCHNI?** |  | | |
| **25. ILE ŚREDNIO ŁYŻECZEK SOLI DZIENNIE STOSUJE PAN/PANI PODCZAS SPORZĄDZANIA POTRAW?** |  | | |

1. **INNE:**

|  |
| --- |
| 1) Z JAKICH PRODUKTÓW NIE JEST PAN/PANI W STANIE ZREZYGNOWAĆ? |
| 2) JAKICH PRODUKTÓW PAN/PANI NIE LUBI, I KTÓRYCH W DIECIE MA NIE BYĆ? |
| 3) CZY SĄ POTRAWY/PRODUKTY PO KTÓRYCH CZUJE SIĘ PAN/PANI ŹLE? JEŚLI TAK, TO JAKIE DOLEGLIWOŚCI ZWIĄZANE Z PRZEWODEM POKARMOWYM NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄ U PANA/PANI? |
| 6) CZY KTOŚ W RODZINIE MA/ MIAŁ NADWAGĘ/ OTYŁOŚĆ? |
| 7) CZY STOSOWAŁ(A) PAN/PANI DIETY ODCHUDZAJĄCE? JEŚLI TAK, TO JAKIE? Z JAKIM EFEKTEM? |
| 8) JAKI JEST PANI/PANA CEL ŻYWIENIOWY? JEŻELI SCHUDNIĘCIE, PROSZĘ PODAĆ JAKA JEST PANI/PANA DOCELOWA MASA CIAŁA. |

1. **OCENA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ:**

Czy uprawia Pan/Pani regularnie sport? Jeśli tak, to jaki i jak często?