



GRAM (od)WAGI
PRACOWNIA DIETETYCZNA

Informacje dotyczące prawidłowego wypełnienia dziennika żywieniowego:

- 1 Otwórz za pomocą „ Adobe Acrobat Reader DC „
- 2 W pasku narzędzi znajdź i kliknij „WYPEŁNIJ I PODPISZ ”
- 3 Stawiając kursor w każdym potrzebnym do wypełnienia miejscu – wypełnij poprawnie arkusze
- 4 Po zakończeniu wypełniania „ ZAPISZ i Odeślij „ na email dietetyk.sobczak@gmail.com

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Data:

Wprowadź datę

1. Imię i nazwisko	Wpisz dane	
2. Telefon	Wpisz dane	
3. Data urodzenia	Wprowadź datę	
4. Wzrost i masa ciała	Wpisz wzrost w cm / Wpisz wagę w kg	
5. BMI*	Wartość w kg/m ²	
6. Oczekiwana waga	Wpisz wagę jaką Pan/Pani chciałaby osiągnąć	
7. Czy Pan/Pani pracuje?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
8. Czy uprawia Pan/Pani regularnie sport? Jeśli tak to jaki i jak często?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
9. Czy ma Pan/Pani diagnozowane choroby? Od kiedy pacjent choruje, jakie ma objawy i dolegliwości?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	<input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> choroby przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> IBS <input type="checkbox"/> SIBO <input type="checkbox"/> refluks <input type="checkbox"/> NChZJ	<input type="checkbox"/> choroby sercowo - naczyniowe <input type="checkbox"/> choroby nerek <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> alergie pokarmowe i uczulenia <input type="checkbox"/> nowotwory <input type="checkbox"/> depresja





GRAM (od)WAGI
PRACOWNIA DIETETYCZNA

	<input type="checkbox"/> zapalenie trzustki <input type="checkbox"/> zapalenie błony śluzowej żołądka <input type="checkbox"/> dolegliwości przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> zaparcia <input type="checkbox"/> biegunka <input type="checkbox"/> zgaga <input type="checkbox"/> wzdęcia <input type="checkbox"/> choroby tarczycy <input type="checkbox"/> nadczynność <input type="checkbox"/> niedoczynność <input type="checkbox"/> Hashimoto <input type="checkbox"/> Gravesa-Basedova <input type="checkbox"/> łuszczyca i inne choroby skórne <input type="checkbox"/> cukrzyca <input type="checkbox"/> insulinooporność <input type="checkbox"/> zaburzenia hormonalne	<input type="checkbox"/> inne : Wprowadź tekst
10. Czy przyjmuje Pan/Pani leki lub suplementy? Jak i w jakich dawkach?	<input type="checkbox"/> tak Wpisz rodzaj leków/suplementów <input type="checkbox"/> nie	
11. Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie lub nie dotyczy	
12. Ile posiłków dziennie Pan/Pani spożywa?	Wpisz ilość posiłków	
13. Czy jada Pan/Pani regularnie posiłki?	<input type="checkbox"/> regularnie <input type="checkbox"/> nieregularnie	
14. Czy podjada Pan/Pani pomiędzy posiłkami?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
15. Czy w sytuacjach stresowych reaguje Pan/Pani wzmożonym apetytem?	<input type="checkbox"/> tak, podjadam ze stresu <input type="checkbox"/> tak, podjadam z nudów <input type="checkbox"/> nie	
16. Czy jada Pana/Pani słodczyce?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
17. Czy spożywa Pan/Pani produkty typu Fast-food? Jeśli tak, to jak często?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> czasami (ile razy w miesiącu)	





GRAM (od)WAGI
PRACOWNIA DIETETYCZNA

18. Jaki rodzaj płynów dziennie Pan/Pani wypija?	<input type="checkbox"/> herbata <input type="checkbox"/> kawa czarna / <input type="checkbox"/> z mlekiem <input type="checkbox"/> woda <input type="checkbox"/> soki <input type="checkbox"/> napoje gazowane
19. Czy słodzi Pan/Pani napoje?	<input type="checkbox"/> tak, czym? Wpisz rodzaj: cukier/słodzik/ksylitol/stewia <input type="checkbox"/> nie
20. Stosowane używki: papierosy, alkohol, kawa, mocna herbata?	<input type="checkbox"/> palę papierosy <input type="checkbox"/> piję alkohol <input type="checkbox"/> piwo <input type="checkbox"/> wino <input type="checkbox"/> wódka <input type="checkbox"/> piję więcej niż 4 kawy dziennie
21. Jakie pieczywo Pan/Pani zwyczajowo spożywa?	<input type="checkbox"/> pszenne <input type="checkbox"/> żytnie <input type="checkbox"/> mieszane <input type="checkbox"/> nie jem pieczywa
22. Czy smaruje Pan/Pani pieczywo?	<input type="checkbox"/> tak, czym? Wpisz rodzaj: masło/margaryna/pasty <input type="checkbox"/> nie
23. Czy je Pan/Pani kaszę, ryż, makaron lub ziemniaki?	<input type="checkbox"/> tak Wpisz rodzaj: kasza/ryż/makaron/ziemniaki <input type="checkbox"/> nie
24. Czy je Pan/Pani warzywa i owoce?	<input type="checkbox"/> tak Wpisz ulubione <input type="checkbox"/> nie
25. Jak spożywa Pan/Pani jaja?	<input type="checkbox"/> tak Wpisz ulubione <input type="checkbox"/> nie
26. Czy spożywa Pan/Pani mięso?	<input type="checkbox"/> tak Wpisz najczęściej spożywane <input type="checkbox"/> nie
27. Czy spożywa Pan/Pani ryby?	<input type="checkbox"/> tak Wpisz najczęściej spożywane <input type="checkbox"/> nie



<p>28. Czy spożywa Pan/Pani wędliny, kabanosy, parówki?</p>	<p><input type="checkbox"/>tak Wpisz rodzaj <input type="checkbox"/>nie</p>
<p>29. Czy spożywa Pan/Pani mleko i produkty mleczne?</p>	<p><input type="checkbox"/>tak Wpisz rodzaj: mleko/jogurt/kefir/maślanka/mizeria /ser biały/ser żółty/ser pleśniowy/ser feta/ser mozzarella <input type="checkbox"/>nie</p>
<p>30. Czy je Pan/Pani zupy?</p>	<p><input type="checkbox"/>tak Wpisz ulubione zupy <input type="checkbox"/>nie</p>
<p>31. Jakie są Pana/Pani ulubione produkty i potrawy?</p>	<p>..... Wpisz ulubione potrawy lub produkty</p>
<p>32. Produkty, których Pan/Pani <u>nie lubi</u>? (owoce, warzywa, owoce morza, podroby, dodatki, przyprawy)</p>	<p>..... Wpisz nielubiane potrawy lub produkty</p>
<p>33. Czy w ciągu ostatniego roku Pan/Pani wykonywał(a) badania?</p>	<p><input type="checkbox"/>tak <input type="checkbox"/>nie</p>

WYNIKI BADAŃ

Data:

Np. morfologia, profil lipidowy, glukoza, insulina, OGTT, kwas moczowy, TSH, TF3, TF4

Wprowadź tekst

PREFEROWANY ROZKŁAD POSIŁKÓW

Wybierz ilość posiłków

<input type="checkbox"/> ŚNIADANIE:	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Wprowadź tekst</p>
<input type="checkbox"/> II ŚNIADANIE:	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Wprowadź tekst</p>
<input type="checkbox"/> OBIAD:	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Wprowadź tekst</p>
<input type="checkbox"/> PODWIECZOREK:	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Wprowadź tekst</p>
<input type="checkbox"/> KOLACJA:	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Wprowadź tekst</p>

Uwagi dotyczące wizyty:

.....

.....

.....

.....

.....

Wprowadź tekst

Wywiad przeprowadził/a:

mgr Monika Papuga Sobczak

Pacjent