Ankieta ma na celu analizę poniższych danych przez dietetyka przed wizytą, aby nie tracić czasu na szczegółowe pytania związane z wywiadem podczas pierwszej wizyty.

Nie ma konieczności wpisywania imienia i nazwiska.

Ankietę proszę odesłać wypełnioną na kilka dni przed planowaną wizytą na adres [dietetykdariuszlyzwinski@gmail.com](mailto:dietetykdariuszlyzwinski@gmail.com)

Proszę wypełnić tylko te dane, które Pani/Pan zna.

**ANKIETA**

Imię i nazwisko ……………………. Data……………

Wiek ……………………

Wzrost …………………….

Płeć ……………………

Dane antropometryczne oraz informacje ogólne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wyniki antropometryczne / odpowiedzi | Uwagi |
| Masa ciała |  |  |
| BMI |  |  |
| Tkanka Tłuszczowa [%] |  |  |
| Obwód talii/ bioder |  |  |
| BMR |  |  |
| Energetyczność dotychczasowej diety [kcal] |  |  |
| Aktywność fizyczna ( jaka oraz w tyg. ile godzin  (aerobowa, anaerobowa) |  |  |
| Choroby zdiagnozowane |  |  |
| Choroby towarzyszące |  |  |
| Od ilu lat zmaga się Pani/ Pan z chorobą hashimoto/ niedoczynnością tarczycy. Czy można przypisać szczególne wydarzenie związane z wystąpieniem choroby (np. po ciąży, wypadku samochodowym, spożyciu glutenu itd.) |  |  |
| Czy jest Pani/ Pan pod kontrolą lekarzy ( jakich specjalności) |  |  |
| Przyjmowane leki |  |  |
| Suplementacja |  |  |
| Czy występują alergie pokarmowe (na co)? |  |  |
| Czy występują nietolerancje pokarmowe (na co)? |  |  |
| Czy występują w Pani/Pana życiu sytuacje stresowe (praca, dom)? |  |  |
| Częste infekcje/ choroby/ stany zapalne? Ile razy w roku? |  |  |
| Palenie papierosów? |  |  |
| Sen (ile godzin snu), czy oglądam telewizję (telefon komórkowy) przed snem ( 2 godziny) |  |  |
| Czy ktoś w rodzinie ma niedoczynność/ Hashimoto/ cukrzycę/ otyłość/ Inne choroby |  |  |
| Nacieki limfocytarne |  |  |
| Zanik komórek pęcherzykowych gruczołu |  |  |
| Guzki? |  |  |

Dodatkowe informacje:

Ocena dotychczasowej diety ( modyfikacja Bielińskiej)

|  |  |
| --- | --- |
| Pytania | Odpowiedzi |
| Pierwszy posiłek: (w jakim czasie po przebudzeniu się) |  |
| Ile posiłków w ciągu dnia Pani/ Pan spożywa ( w jakich godzinach) |  |
| Czy występuje podjadanie między posiłkami ( wymień najczęstsze produkty ) |  |
| Ostatni posiłek dnia (ile godzin przed snem)? |  |
| Czy mleko/produkty mleczne występują minimów w 2 posiłkach dziennie |  |
| Czy spożywasz minimum w 3 posiłkach (mięso, drób, jaja, ryby) |  |
| Czy surówki i surowe owoce są w przynajmniej 2 posiłkach |  |
| Czy w jadłospisie jest ciemne pieczywo/ grube kasze |  |
| Czy posiłki są raczej o niskim IG czy wysokim? |  |
| Czy spożywasz ryby: (łosoś, makrela, pstrąg, sardynki) oraz tran, olej lniany, siemię lniane, olej rzepakowy, awokado, orzechy ziemne, włoskie ( ile razy w tygodniu) |  |
| Czy spożywasz: produkty goitrogenne ( ile w tyg.): brukselce, kapuście, rzepie, kalafiorze, brokułach, a także truskawkach, prosie, szpinaku, gorczycę, orzeszki ziemne, soję, herbata zielona |  |
| Czy spożywasz słodycze ( ile razy w tyg.) |  |
| Czy pijesz kawę ( z mlekiem/bez). ile dziennie |  |
| Czy pijesz alkohol ( jaki i ile w tyg. ) |  |
| Czy stosujesz dietę eliminacyjną ( np. eleminacja glutenu, dieta dr Dąbrowskiej itp) |  |

Biochemia: Proszę tylko wpisać te które Pani / Pan zna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wynik | Uwagi |
| TSH |  |  |
| FT4 |  |  |
| FT3 |  |  |
| r FT3 |  |  |
| anty TPO |  |  |
| anty TG |  |  |
| Glukoza |  |  |
| Insulina |  |  |
| Wit D |  |  |
| Selen |  |  |
| Cynk |  |  |
| Gluten |  |  |
| Laktoza |  |  |
| Żelazo |  |  |
| Ferrytyna |  |  |
| Wit B12 |  |  |
| Wit B6 |  |  |
| Cholesterol całkowity |  |  |
| HDL |  |  |
| LDL |  |  |
| TG |  |  |
| BP |  |  |
| Homocysteina |  |  |
| Białko C-reaktywne |  |  |
| Cytokina 6 |  |  |
| Kortyzol |  |  |
| Prolaktyna z obciążeniem |  |  |
| Inne: |  |  |
| Inne: |  |  |
| Inne: |  |  |
| Inne: |  |  |

Czy występują następujące objawy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Objawy | Tak | Nie | Uwagi |
| Wypadanie włosów |  |  |  |
| Nagły przyrost masy ciała |  |  |  |
| Zaparcia |  |  |  |
| Depresja |  |  |  |
| Senność |  |  |  |
| Zmęczenie |  |  |  |
| Wole Tarczycowe |  |  |  |
| Krostki na brodzie, kolanach, łokciach |  |  |  |
| Przebarwienia skórne |  |  |  |
| Szorstkość skóry |  |  |  |

Proszę opisać przykładowy dzienny jadłospis:

Oczekiwania Pani/Pana po spotkaniu z naszym dietetykiem (np. obniżyć masę ciała, zredukować przeciwciała, lepsze samopoczucie.)

* …
* …
* …
* …
* …