



Imię:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	
Zawód wykonywany:	
Rodzaj wykonywanej pracy:	<input type="checkbox"/> ciężka fizyczna <input type="checkbox"/> z umiarkowanym wysiłkiem fizycznym <input type="checkbox"/> siedząca <input type="checkbox"/> niepracujący
Kiedy po raz pierwszy doszło do istotnego przyrostu masy ciała?	<input type="checkbox"/> W okresie dzieciństwa <input type="checkbox"/> W okresie dojrzewania <input type="checkbox"/> Po ciąży <input type="checkbox"/> Po przejściu na emeryturę <input type="checkbox"/> Inne
Określ:	► Najwyższą masę ciała w dorosłym życiu (kg) ► Kiedy? ► Najniższą masę ciała w dorosłym życiu (kg) ► Kiedy?
Czy dotychczas podejmowałeś/aś się próby leczenia nadwagi lub otyłości?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeśli TAK, to określ na czym polegały:	<input type="checkbox"/> Samodzielne zastosowanie diety <input type="checkbox"/> Zmniejszenie ilości jedzenia i zwiększenie ilości ruchu <input type="checkbox"/> Wizyta u dietetyka i stosowanie przygotowanej przez niego diety <input type="checkbox"/> Stosowanie suplementów diety <input type="checkbox"/> Leczenie pod kierunkiem lekarza z zastosowaniem leków <input type="checkbox"/> Inne.....
Uzyskane efekty leczenia (w kg):	
Czas utrzymania obniżonej masy ciała:	
Występujące choroby przewlekłe:	<input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu 2 <input type="checkbox"/> Zaburzenia lipidowe <input type="checkbox"/> Zespół policystycznych jajników <input type="checkbox"/> Depresja <input type="checkbox"/> Inne

Leki stosowane przewlekłe:
Liczba posiłków zjadanych „przy stole”:	
Czy dojadasz między posiłkami?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli TAK, to jak często?	
Co dojadasz?
W jakich okolicznościach (np. stres, smutek, nuda itp.)?
Określ porę dnia z największym nasileniem uczucia głodu:	
Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały epizody nadmiernego objadania się (zjedanie większej liczby posiłków, niż miało to miejsce normalnie w określonym czasie)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli TAK, to:	
1. Czy czujesz się zaniepokojony/na epizodami objadania się?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Czy podczas epizodów objadania się występowało uczucie utraty kontroli?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3. Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się jadłeś/aś dalej pomimo, że nie czułeś się głodny?	
4. Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się, czułeś/aś się zawstydzony tym, ile zjadłeś?	

5. Jak często podczas epizodów nadmiernego objadania się czujesz/aś się zde gustowany sobą lub winny później?	
Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy prowokowałeś/aś wymioty w celu kontroli masy ciała?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jak oceniasz swoją aktywność fizyczną?	<input type="checkbox"/> Mała <input type="checkbox"/> Średnia <input type="checkbox"/> Duża
Proszę określić rodzaj aktywności fizycznej:
Czas trwania:	
Palisz papierosy?	<input type="checkbox"/> Tak (Od ilu lat? Ile dziennie?) <input type="checkbox"/> Nie
Czy pijesz alkohol (w tym piwo)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeśli TAK, to jaki?	<input type="checkbox"/> Piwo <input type="checkbox"/> Wino białe <input type="checkbox"/> Wino czerwone <input type="checkbox"/> Wódka <input type="checkbox"/> Nalewki <input type="checkbox"/> Likier <input type="checkbox"/> Inne
Ile?	
Czy dosalasz pokarmy?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy pijesz kawę?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeśli TAK, to proszę określić:	▶ Jaki rodzaj? ▶ Ile dziennie?
Czy słodzisz napoje?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeśli TAK, to proszę określić:	▶ które napoje ▶ ile łyżeczek na szklankę
Czy przyjmujesz witaminy lub inne suplementy diety?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Jeśli TAK, to:	▶ jakie?
	▶ jak długo?
Jaką redukcję masy ciała chcesz uzyskać (kg)?	
W jakim czasie?	
Co zmotywowało Cię do podjęcia leczenia nadwagi / otyłości?	<input type="checkbox"/> Poprawa stanu zdrowia <input type="checkbox"/> Poprawa snu <input type="checkbox"/> Poprawa samopoczucia <input type="checkbox"/> Poprawa wyglądu <input type="checkbox"/> Poprawa wyglądu z powodu nadchodzącej okazji (np. ślub, wakacje, spotkanie towarzyskie) <input type="checkbox"/> Inne

Dodatkowe informacje – KOBIECY:	
Data ostatniej miesiączki:	
Czy miesiączki są regularne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jesteś w ciąży?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy planujesz w najbliższym czasie zajście w ciążę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Informacje dodatkowe – PŁYNY

Jakie najczęściej pijesz płyny? (Proszę zaznaczyć krzyżykiem)

	TAK (zaznacz X)	Ilość szklanek na dzień
Wody smakowe, napoje, nektary niegazowane		
Soki		
Herbata		
Napoje słodzone gazowane		
Kawa		
Woda niegazowana (jaka?)		
Woda gazowana (jaka?)		
Napoje energetyzujące		

ZAPIS ŻYWIENIOWY

Proszę dokonać zapisu żywieniowego ze swojego przykładowego dnia, według przykładowego wzoru:

śniadanie godz. 8:00 – kanapki (2 kromki chleba żytniego posmarowane cienko masłem, 2 plasterki polędwicy sopockiej, 2 plasterki pomidora, mały ogórek; kawa z mlekiem 2% tł., itd.).

Podając ilości spożytych produktów proszę używać miar domowych (sztuki, kromki, łyżki, szklanki).

POSIŁEK	SKŁADNIKI	ILOŚCI SKŁADNIKA
Śniadanie godz.		
II śniadanie godz.		
Obiad godz.		
Podwieczorek godz.		
Kolacja godz.		
Produkty i napoje spożywane między posiłkami		

Dane antropometryczne

Masa ciała (kg)	
Wysokość ciała (cm)	
Obwód talii (cm)	
Obwód bioder (cm)	

Wartość ciśnienia krwi	
Puls	

Wyniki badań krwi

(data wyników badań:/...../.....)

Eryocyty (RBC)	
Leukocyty (WBC)	
Hemoglobina (HGB)	
Hematokryt (HCT)	
Płytki krwi (PLT)	
Odczyn Biernackiego (OB)	
CRP	
AST	
ALT	
GGTP	
Cholesterol całkowity	
Triglicerydy	
Cholesterol HDL	
Cholesterol LDL	
Glukoza	
Kwas moczowy (UC)	
Kreatynina (CREA)	
Mocznik	
eGFR	
TSH	
fT4	
*w razie podwyższonego lub obniżonego TSH	
Sód (Na)	
Potas (K)	
Witamina D	
Insulina na czczo	
HbA1c hemoglobina glikowana	
*w przypadku rozpoznanej cukrzycy	