

ANKIETA

A. Przebieg choroby

1. Jaka jest Pani/Pana aktualna waga ?kg
2. Jaka była Pani/ Pana waga przed rokiem?,.....kg
3. Jaka była Pani/Pana waga przed pięcioma laty ?kg
4. Jaka waga była najwyższa w Pani/ Pana życiu.....kg

5. Czy w dzieciństwie występowała u Pani otyłość? **TAK** **NIE**

a. Kiedy występowała:

Od urodzenie od szkoły podst. inne:

Od przedszkola od szkoły średniej

6. W jakim wieku Pani/ Pana waga zaczęła nieoczekiwanie rosnać?

a. Czy potrafi Pani/ Pan to powiązać z konkretnymi wydarzeniami w swoim życiu ?

- Ciąża
- Unieruchomienie
- Zaprzestanie uprawiania sportu
- Zaprzestanie palenia papierosów
- Leki: jakie?
- Zaburzenia emocjonalne
- Depresja
- Śmierć bliskiej osoby
- Ciężka choroba
- Rozwód
- Zmiana pracy
- Kłopoty

- Zmiana miejsca zamieszkania
- Strata pracy
- Samotność
- Inne, jakie?

7. Co jest Pani/ Pana zdaniem przyczyną rozwoju otyłości
- Nadmierne spożycie jedzenia
 - Stres
 - „dojadanie”
 - Cecha dziedziczona
 - Inne, wymień jakie.....

8. Jaka jest Pani wymarzona waga?kg

9. Proszę o podkreślenie odpowiedzi

A Pani/ Pana apetyt jest: **nadmierny** / normalny/ słaby

B Wzrost Pani/ Pana wagi następował: **niezauważalnie**/ stopniowo/ w szybkim tempie

C Po spożyciu posiłku: **odczuwa**/ nie odczuwa Pani/ Pan sytości

D Spożywa Pani/ Pan **więcej/ tyle samo/ mniej** jedzenie względem osób szczupłych z Pani otoczenia ?

E Nadmiar wagi **jest/ nie jest** zagrożeniem dla zdrowia .

B Przebieg leczenia

1. Czy podejmował/a Pani/Pan próby odchudzania **TAK** **NIE**

Jeśli tak , to na czym one polegały

- Dieta
- Aktywność fizyczna
- Leczenie farmakologiczne
- Leczenie operacyjne

- Inne, wymień jakie....

2. Czy korzystał/ a Pani/Pan z pomocy lekarskiej w walce z otyłością ?

TAK

NIE

3. Czy korzystał/a Pani/ Pan z pomocy dietetyka w walce z otyłością ?

TAK

NIE

4. Jakie były efekty powyższego postępowania?

- Zmniejszenie wagi
- Brak dalszego przyrostu wagi
- Najpierw zmniejszenie a potem zwiększenie wagi
- Zwiększenie wagi
- Brak efektu
- Inne, wymień jakie?

C Powikłania otyłości

1 Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę

TAK

NIE

- Kiedy została rozpoznana ?.....
- Jakie leki Pani/ Pan stosuje w leczeniu cukrzycy ?....

2. Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?

TAK

NIE

- Kiedy zostało rozpoznane ?.....
- Jakie leki stosuje Pani/Pan w leczeniu NT ?

3. Zespół bezdechu sennego

- Czy rozpoznano u Pani/ Pana zespół bezdechu sennego ? **TAK** **NIE**
- Czy stosuje Pani/ Pan aparat do oddychania w trakcie snu (CPAP)

TAK

NIE

4.Czy choruje Pani/ Pan na jakieś inne choroby ? **TAK** **NIE**
Proszę wymienić jakie?

Mgr Joanna Głuszyk

Tel. 501 778 241

Email: kontakt@jmg-dietetyk.pl

