**Ankieta żywieniowa**

Imię i nazwisko …………………………………….  
Nr telefonu …………………………………….

Skąd się Pan/i dowiedziała o gabinecie MARCHEWKA?

………………………………………………….

Data……………………………..

Wiek ……………………………

Wzrost ……………………….

Waga ………………………

BMI …………….

1. Jakie są Pani/Pana oczekiwania? ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Jakie są powody, dla których chce Pani/Pan zmienić sposób odżywiania? …………………………………………………………………………………………………………………………………………….... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Czy podejmowała Pani/Pan już wcześniej próby odchudzania? Czy próby kończyły się powodzeniem? .................................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................
4. Jakie wg Pani/Pana robi Pani/Pan błędy żywieniowe ……………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. Produkty, które Pani/Pan lubi lub nie lubi, źle się czuje, nie toleruje ich

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa produktów** | **Lubiane produkty** | **Nie lubiane lub nietolerowane produkty** | **Powód** (nie smakują, wzdęcia, gazy, boli brzuch …) |
| 1 | Produkty mączne, kasza jęczmienna, kasza bulgur, kasza gryczana, ryż biały, ryż brązowy, pieczywo białe, pełnoziarniste, sorgo, komosa ryżowa |  |  |  |
| 2 | Ziemniaki |  |  |  |
| 3 | Mięso, podroby:  kurczak, indyk, kaczka, wieprzowina,  **cielęcina, wołowina**,  królik |  |  |  |
| 4 | **Wędlina, kiełbasa, kabanosy, chorizo, szynka parmeńska**  **parówki, pasztet** |  |  |  |
| 5 | Ryby  **(tuńczyk, makrela, łosoś, wędzone śledzie**, dorsz, sardynki, ryby w oleju, ryby w sosie pomidorowym, ryby wędzone**)** |  |  |  |
| 6 | Jajka |  |  |  |
| 7 | Produkty mleczne: mleko,  kefir, jogurt naturalny, skyr, maślanka  biały ser, twarożek  żółty ser, mozzarella,  sery pleśniowe, **dojrzewające sery** |  |  |  |
| 8 | Warzywa korzeniowe: marchew, pietruszka, seler, buraki czerwone,  Warzywa w zupie, na surowo |  |  |  |
| 9 | Rzodkiewka |  |  |  |
| 10 | Warzywa zielone:  natka pietruszki, koperek,  **szpinak**, sałata zwykła, sałata lodowa, sałata rzymska, rukola, roszponka, **pokrzywa** |  |  |  |
| 11 | Kapusta biała, czerwona, kapusta pekińska, brukselka, jarmuż, **(kapusta kiszona,** kapusta gotowana, kapusta na surowo np. w surówkach**),**  kalafior, brokuł |  |  |  |
| 12 | Warzywa naziemne:  **pomidory** **(ketchup, surowe, przetworzone, suszone),** papryka, ogórki (surowe, kiszone, marynowane), **bakłażan, awokado,** oliwki |  |  |  |
| 13 | Warzywa strączkowe:  Soczewica, ciecierzyca  fasola biała, czerwona, groch, |  |  |  |
| 14 | Cebula, czosnek, szczypiorek, por |  |  |  |
| 15 | Kiełki |  |  |  |
| 16 | Przyprawy i zioła: cynamon, kardamon, goździki, gałka muszkatołowa, kolendra, tymianek, rozmaryn, estragon |  |  |  |
| 17 | Owoce (**banany**, jabłka, **cytrusy**, winogrona, kiwi, **truskawki, surowy ananas, papaja**), soki, dżem, konfitura |  |  |  |
| 18 | Zupy (tradycyjne, zupy kremy, zupy ze śmietaną, zupy z mleczkiem kokosowym) |  |  |  |
| 19 | Nasiona i **orzechy:** **słonecznik**, dynia, migdały, orzechy włoskie, orzechy laskowe |  |  |  |
| 20 | Wiórki kokosowe, mleko kokosowe |  |  |  |
| 21 | **Piwo, czerwone wino, szampan,** białe wino |  |  |  |
| 22 | **Kakao, czekolada** |  |  |  |
| 23 | Grzyby |  |  |  |
| 24 | Napój migdałowy, napój sojowy, napój kokosowy, jogurt migdałowy, jogurt sojowy, jogurt kokosowy bezmleczny |  |  |  |
| 25 | Płyny do picia (woda niegazowana, woda z kranu, woda gazowana, słodkie napoje, soki, nektary, kawa, herbata owocowa, herbata ziołowa) |  |  |  |

1. Harmonogram posiłków i treningów

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj posiłku | Godz. | Miejsce posiłku | Podaj po 3 najczęściej stosowane pełne zestawy z każdego posiłku | Przez kogo przygotowywane |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

8. Objawy i dolegliwości

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa objawów** | **Odpowiedź** |
| 1 | Czy występuje u Pani/Pana senność po posiłku? |  |
| 2 | Czy występuje u Pani/Pana otyłość brzuszna? |  |
| 3 | Czy występuje mgła mózgowa? |  |
| 4 | Czy występują trudności z pamięcią? |  |
| 5 | Czy występują trudności z koncentracją? |  |
| 6 | Czy jest Pani/Pan ciągle przemęczona/y? |  |
| 7 | Czy szybko się Pani/Pan męczy podczas wysiłku? |  |
| 8 | Czy występuje u Pani/Pana wilczy apetyt po 2-3 godzinach po posiłku? |  |
| 9 | Czy ma Pani/Pan ochotę codziennie lub prawie codziennie na słodkie? |  |
| 10 | Czy miewa Pani/Pan bóle głowy przynajmniej raz w tygodniu? |  |
| 11 | Czy występują u Pani/Pana zmiany skórne typu rogowacenia ciemnego? |  |
| 12 | Czy występuje u Pani/Pana ciągłe uczucie zimna? |  |
| 13 | Czy zaobserwowała/ Pani/Pan u siebie trudności z obniżeniem wagi pomimo zmniejszonych porcji żywności? |  |
| 14 | Czy zaobserwowała/ Pani/Pan u siebie trudności z obniżeniem wagi pomimo treningów przynajmniej 2 razy w tygodniu? |  |
| 15 | Czy występują u Pani/Pana wzdęcia? Jeśli tak, to po czym? |  |
| 16 | Czy występują u Pani/Pana gazy? Jeśli tak to po czym? |  |
| 17 | Czy występuje u Pani/Pana zgaga? Jeśli tak to po czym? |  |
| 18 | Czy występują u Pani/Pana zaparcia? |  |
| 19 | Czy występuje u Pani/Pana luźny stolec? |  |
| 20 | Czy występują na zmianę biegunki i zaparcia? |  |
| 21 | Częstość wypróżnień |  |
| 22 | Opis stolca:  konsystencja – zwarty, luźny, biegunkowy, twardy  unosi się na powierzchni czy opada na dno  kolor: bardzo ciemny, brązowy, żółty, biały, inny  zapach: cuchnący, śmierdzący, neutralny  Czy stolec zawiera ślady krwi, śluzu? |  |
| 23 | Czy u Pana/Pani występuje ból brzucha? Gdzie dokładnie jest usytuowany: na dole czy u góry? Czy występuje on po konkretnym posiłku, po każdym posiłku czy niezależnie od posiłku? |  |
| 24 | Czy intensywnie się Pan/Pani poci? Jeśli tak to w których miejscach i w jakich okolicznościach? |  |
| 25 | Czy występuje u Pana/Pani ból w piersiach? Jeśli tak to w jakich okolicznościach i ewentualnie po jakich produktach. |  |
| 26 | Czy u Pana/Pani występują zmiany na skórze? Jeśli tak proszę opisać, w których miejscach i jak one wyglądają |  |
| 27 | Czy lubi Pan/Pani gotować? |  |
| 28 | Jakie emocje towarzyszą Pani/Panu podczas posiłku (pośpiech, złość, stres, radość, relaks) |  |
| 29 | Czy podczas posiłku ogląda Pan/i telewizję, przegląda internet, FB? |  |
| 30 | Jaki smak dań lubisz najbardziej: słodki, słony, kwaśny czy gorzki? |  |
| 31 | Jakiego smaku dań nie lubisz najbardziej: słodkiego, słonego, kwaśnego czy gorzkiego? |  |

1. Zdiagnozowane choroby

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa choroby | Data diagnozy | Objawy choroby | Inne |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

1. Obecnie zażywane leki i cel ich stosowania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku | Cel stosowania |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

1. Obecnie stosowane suplementy diety

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa suplementu | Cel stosowania |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

1. Aktywność fizyczna (praca fizyczna, praca wymagająca ruchu, codzienne spacery, bieganie, uprawianie sportu, praca w ogrodzie) ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………
2. Wytyczne dietetyczne od lekarza, jeśli istnieją? ………………………………………………………………………………………………………………………….………………..
3. Wyniki badań

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Grupa badań** | **Nazwa badania** | **Wynik ostatnich badań** | | | **Norma** |
| 1 |  | Morfologia z rozmazem  Tylko wyniki poza normą |  | | |  |
| 2 | Profil lipidowy | Cholesterol |  | | |  |
|  | LDL |  | | |  |
|  | HDL |  | | |  |
| 3 | Trójglicerydy |  | | |  |
| 4 | Nerki | Kreatynina |  | | |  |
|  | eGFR |  | | |  |
| 5 | Wątroba | ALT |  | | |  |
| 6 | AST |  | | |  |
|  | GGTP |  | | |  |
| 7 | Tarczyca | TSH |  | | |  |
| 8 | fT3 |  | | |  |
| 9 | fT4 |  | | |  |
|  | aTg |  | | |  |
|  | aTPO |  | | |  |
| 10 | Gen HLA DQ2 |  | | |  |
| 11 | Gen HLA DQ8 |  | | |  |
| 12 | Gospodarka węglowodanowa | Insulina na czczo |  | | |  |
| 13 | Glukoza na czczo |  | | |  |
| 14 | OGTT insulina 1,2,3  Glukoza 1,2,3 |  |  |  |  |
| 15 | Hemoglobina glikowana |  |  |  |  |
| 16 | Celiakia i nietolerancja glutenu | p/c przeciwko gliadynie w klasie IgA |  | | |  |
| 17 | p/c przeciwko gliadynie w klasie IgG |  | | |  |
| 18 | EmA |  | | |  |
| 19 | tTG |  | | |  |
| 20 | Niedokrwistość | Żelazo |  | | |  |
| 21 | Ferrytyna |  | | |  |
| 22 | Witamina B12 |  | | |  |
| 23 | Holotranskobalamina |  | | |  |
| 24 | Kwas metylomalonowy |  | | |  |
| 25 | Homocysteina |  | | |  |
| 26 |  |  |  | | |  |
| 27 |  |  |  | | |  |
| 28 |  |  |  | | |  |
| 29 |  |  |  | | |  |