Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej COMS

poradnia dietetyki i żywienia

Data wizyty _____

KARTA WYWIADU DIETETYCZNEGO

Imię _____ **Nazwisko**_____ **Data urodzenia**_____ **( )**
wiek

Pesel												**Dyscyplina** _____

Adres e-mail: _____ **Telefon kontaktowy** _____

Wzrost _____ Waga_____ BMI _____ Centyl BMI _____

Cel wizyty u dietetyka _____

I. Ocena stanu zdrowia

1. Czy chorujesz na:
□ Cukrzycę □ Insulinooporność □ Nadciśnienie □ Otyłość □ Choroby sercowo – naczyniowe □ Choroby nerek □ Dnę moczanową
□ Choroby jelit □ Niedoczynność tarczycy □ Choroby autoimmunologiczne _____
□ Alergie _____ □ Choroby nowotworowe _____
□ Inne _____

2. Jakie leki oraz/lub suplementy przyjmujesz na stałe:
_____

3. Czy u rodziców/dziadków występuje nadwaga, choroby serca, wysoki cholesterol, nadciśnienie, cukrzyca?
_____

4. Czy stosujesz lub stosowałaś / eś w przeszłości diety? Jakie?
_____

5. Wyniki badań (morfologia, glukoza/insulina, lipidogram, hormony tarczycy, kwas moczowy)
_____

6. Czy masz nałogi? Określ rodzaj i stopień uzależnienia:

Palenie papierosów (również e-papieros) – (ile i od kiedy):	
Alkohol –ilość spożywanego alkoholu i jego rodzaj tygodniowo:	
Substancje psychoaktywne (również narkotyki) – rodzaj i okres, od kiedy są używane:	
Napoje energetyczne	

II. Ocena nawyków żywieniowych i stylu życia

7. O której godzinie wstajesz? _____ O której zjadasz pierwszy posiłek?_____

8. O której godzinie chodzisz spać? _____O której zjadasz ostatni posiłek?_____

9. Czy posiłki spożywasz o regularnych porach (TAK/NIE) jakie to pory? _____

10. W jakich godzinach pracujesz (masz lekcje)? Jaki rodzaj pracy/ aktywności wykonujesz?

_____

11. Jakie napoje spożywasz w ciągu dnia i ile? _____

12. Jakie rodzaj aktywności fizycznej uprawiasz _____

Jak często? _____

13. Co motywuje Cię do zmiany sposobu odżywiania?

_____

14. Ocena preferencji żywieniowych pacjenta:

	Nie lubię/ nie toleruję/nie jem	**Lubię i jem**
Owoce		
Warzywa		
Produkty zbożowe		
Mięso/wędliny/ryby		
Nabiał i jaja		
Orzechy, nasiona, owoce suszone		

15. Czego oczekujesz od diety (można zaznaczyć kilka odpowiedzi):

obniżenia wagi (o ile?)	
później utrzymania wagi	
poprawy stanu zdrowia	
poprawy samopoczucia	
poprawy rytmu wypróżnień	
wzrostu wagi (o ile?)	

16. Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w próbach odchudzania? (można zaznaczyć kilka odp.)

Nieumiejętność rezygnacji ze słodyczy	
Zmuszenie się do aktywności fizycznej	
Opanowanie podjadania	
Ograniczenie ilości jedzenia	
Pokusa jedzenia wysokokalorycznego frytki pizze, zapiekanki, czipsy	
Konieczność sporządzania posiłków	
Stałe pory jedzenia	
Kontrola wagi	
Inne	

17. W jaki sposób dowiedziałeś/dowiedziałaś o Poradni Dietetycznej ?

PODSUMOWANIE i USTALENIA:

Niniejszym stwierdzam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe.
Wyrażam zgodę na badania, które wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia.
Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

_____ _____

Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia *Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej*