

W zdrowym ciele , zdrowy duch.

mgr Aleksandra Duszyńska – dietetyk kliniczny

Wywiad chorobowo-żywieniowy

Odpowiedzi zaznaczaj pogrubiając/ podkreślając/ stawiając krzyżyk lub pisz **POGRUBIONĄ CZCIONKĄ/ INNYM KOLOREM**

Imię i Nazwisko:						
Miejsce zamieszkania:						
Nr telefonu:						
Wiek:						
Waga i wzrost:						
Skąd dowiedział*ś się o moich usługach:	Polecenie:	Social Media (Instagram, Facebook):			Inne:	
Czego oczekujesz od naszej współpracy:						
Z czym „przychodzę”/ cel konsultacji:						
Co chciałbym poprawić:	Samopoczucie	Wagę	Nastrój	Funkcje kognitywne	Trawienie	
	Skórę, włosy i paznokcie		Ogólne zdrowie			
Czy jestem gotowy na zmiany, porzucenie dawnego stylu życia?	Sceptycznie nastawiony		Powolny proces	Zmotywowany		
Czy mam problem z motywacją?						
Rytm dobowy						
O której chodzę spać i o której wstaję:						
Czy się wybudzam?	Sporadycznie	Pojedynczo	Kilka razy		Nie zdarza się	
Czy wstaję w nocy na siusiu?	Sporadycznie	Pojedynczo	Kilka razy		Nie zdarza się	
Czy przed snem korzystam z elektroniki? (telefon, tv, laptop, komputer, tablet itp.)	Bezpośrednio przed snem	30 min przed	1h przed	2h przed	3h przed	4h przed
Czy budzę się wypoczęty?						
Czy podczas snu występują...	Chrapanie	Bezdech senny	Koszmary	Nie dotyczy/ inne:		
Jak szybko zasypiasz?	Bardzo szybko (10 min)	Średnio (20 min)	Długo (30-1h)	To zależy		

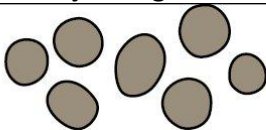
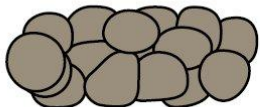
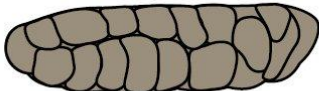
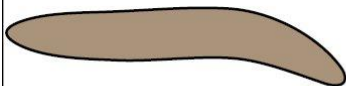
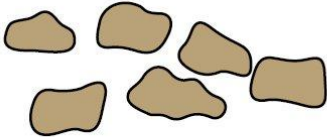
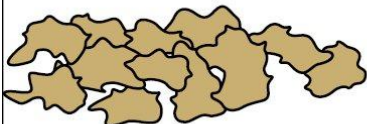
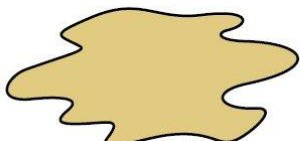
Czy rano od razu po przebudzeniu sięgam po telefon?						
Czy mam zjazdy energetyczne w ciągu dnia? (kiedy najczęściej)						
Czy stosuje drzemki w ciągu dnia? (kiedy, ile trwają)						
Czy pijesz kawę? (jeśli tak, ile dziennie)	Jedną	Dwie	Trzy	Pierwszą o:	Ostatnią o:	Nie dotyczy
Jak się czujesz po kawie?	Wszystko ok	Rozdrażnienie	Niepokój	Problemy ze snem	Zmęczenie	Inne (np. refluks):
Czy choruję na jakieś choroby?	Jakie i od kiedy:		Brane leki:			
Czy mam jakieś alergie (wziewne/pokarmowe)	Jakie i od kiedy:		Brane leki			
Czy mam stwierdzone jakieś nietolerancje pokarmowe? (laktoza, gluten, inne)						
Czy czuję się źle po pewnych produktach	Nabiał	Gluten	Cukier	Psiankowate (papryka, ziemniaki,	Strączkowe	

lub grupie produktów? (jakie są objawy)				pomidory, bakłażan)	
	Cebula, czosnek	Brokuły, kalafior, kapusta	Kiszonki	Jaja	Inne

Stan Układu pokarmowego							
Wypróżnienia	1x dziennie	2x dziennie	Kilka x dziennie	1x na 2 dni	1x na 3 dni	1x na 4-5 dni	Zmiennie
	Bolesne parcie	Resztki jedzenie w kale	Śluz w kale	Krew w kale	Ból przy wypróżnie niu	Uczucie niepełnego wypróżnienia	Inne:
Zabarwienie kału:	Smolisty	Zielonkawy	Błado-żółty		Normalny		Inne:
Gazy:	Nadmier nie	Nieprzyjemna woń	Normalna ilość		Normalna woń		Inne:
Trawienie:	Wzdęcia (nadmier ne)	Jedzenie zalega (ciężkość)	Częste odbijanie		Zgaga, pieczenie, zarzucanie treści		Ból brzucha (gdzie, jaki rodzaj ból)

--	--	--	--	--	--

Oceń swój kał wg Skali Bristolskiej:

	typ 1 – oddzielne twarde grudki, przypominające orzechy (trudne do wydalania)
	typ 2 – stolec wydłużony, ale grudkowaty
	typ 3 – stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni
	typ 4 – stolec wydłużony, smukły, gładki i miękki
	typ 5 – miękkie kawałki stolca z wyraźnymi krawędziami (łatwe do wydalania)
	typ 6 – kłaczkowate kawałki stolca, postrzępione, stolec papkowaty
	typ 7 – stolec wodnisty, bez elementów stałych (całkowicie płynny)

Stan układu nerwowego					
Częste rozdrażnienia	Częste stany lękowe	Ataki paniki	Depresja, stany depresyjne	Mgła umysłowa	Odrealnienia
Problemy ze skupieniem się	Problemy z pamięcią	Brak motywacji	Czy byłeś/jesteś na psychoterapii	Czy zażywasz/zażywałeś leki od psychiatry	Inne:
Czy uważasz siebie za osobę silną psychicznie (odporność na stres)	W skali 1-10				

Czy doświadczyłeś w życiu traumy?	Czy kochasz i akceptujesz siebie?	Czy zmierzyłeś się z trudnym dzieciństwem lub trudami w dorosłym życiu?	Czy jesteś pogodzony z tym co Cię w życiu spotkało? (np.: tak/nie do końca/nie/pracuję nad tym)
Objawy, które Cię męczą:			
Leki (nazwa, dawka), które przyjmujesz (również niepokojące reakcje po przyjęciu danego leku w przeszłości) :			
Suplementy (nazwa, dawka), które przyjmujesz (również niepokojące reakcje po przyjęciu danego suplementu w przeszłości) :			
Zioła (nazwa, dawka), które przyjmujesz (również niepokojące reakcje po przyjęciu danego			

zioła w przeszłości) :			
Doświadczenie z dietami (efekty, samopoczucie itp.) Np. keto, lowcarb, wege, high carb, dr Dąbrowskiej, lekkostrawna)			
Historia chorób : Czy miały miejsce, Ewentualnie czy często się zdarzały, Ew. <u>jaka diagnostyka była wykonywana</u>	Grypa (częste?)	Dolne drogi oddechowe (oskrzela, płuca)	Górne drogi oddechowe (gardło, zatoki, krtań, tchawica, przeziębienia)
	Ospa	Półpasiec	Opryszczka
	HPV	HCV, HBV -wirusowe zap. wątroby	Helicobacter Pylori
	Przerost grzybów (Candida)	Mononukleoz (EBV) / CMV Cytomegalowirus	Chlamydia

	Mycoplasma	Yersinia	Borelioza
	Babeszja	Bartonella	Anaplazma
	Tężyca	Zespół Przewlekłego zmęczenia	Choroby Autoimmunologiczne (np. RZS, Hashimoto, cukrzyca)
	Problemy z tarczycą	Problemy z wątrobą	Problemy z nerkami
	Problemy z żołądkiem	Problemy neurologiczne	Problemy kardiologiczne
Inne:			

Pasożyty	Czy diagnozowałem się pod tym kątem (jakie badania)?	Czy mam zwierzęta domowe?	Czy jadłem w restauracjach?
	Czy w czasie pełni księżyca gorzej się czuję/ gorzej śpię?	Czy podróżowałem do dalekich/egzotycznych krajów?	Czy mam objawy takie jak: rozdrażnienie, zmęczenie, problemy żołądkowo-jelitowe, świąd skóry/odbytu, osłabiony/wzmoczony apetyt, niewyjaśniony kaszel, alergie?
Czy mieszkasz/ mieszkasz kiedykolwiek w domu/mieszkaniu gdzie pojawiła się pleśń?			
Gospodarka glukozowa			
Stabilna	Czuję szybko głód po posiłkach	Czuję zmęczenie po posiłku	Mam spadki cukru (słabość, duży głód, drżące ręce)

Mój poziom energii oceniam:	W skali 1-10	Zmęczenie następuje w I połowie dnia	Zmęczenie jest stałe
	Mój poziom energii jest stały	Potrzebuję drzemki w ciągu dnia	Inne:
Kleszcz, borelioza, koinfekcje			
Czy kiedykolwiek ugryzł Cię kleszcz? (ile, kiedy, jak długo kleszcz był wbity)	Czy zauważyłeś u siebie rumień wędrujący?	Czy często chodzisz po lesie?	Jeśli był kleszcz- czy podany był antybiotyk? (po jakim czasie od ugryzienia, jaki, na ile czasu)
Czy odczuwasz bóle mięśni i/lub stawów?	Czy czujesz się często jakby „brało Cię przeziębienie lub grypa” ?	Czy masz problemy z funkcjami kognitywnymi (skupienie, pamięć, płynność myśli i wypowiedzi ?	Czy masz silne bóle głowy i/lub potylicy? (jak często)
Czy odczuwasz silne zmęczenie?	Czy odczuwasz problemy z sercem?	Czy masz niewyjaśnione gorączki, poty, dreszcze?	Czy pojawiają się bóle w klatce piersiowej i/lub duszności?

Czy brałem w swoim życiu sporo antybiotyków?	
--	--

(czy w trakcie i KILKA TYGODNI PO były brane probiotyki?)			
Czy biorę dużo leków p/bólowych? (jakie)	1x na kilka miesięcy	1x na miesiąc	1x na 2 tygodnie
	1x na tydzień	częściej niż 1x na tydzień	Sporadycznie
Czy wykazuję nietolerancję histaminy np. po zjedzeniu produktów bogatych w histaminę (lub je wyzwalających) Takie produkty to np.: alkohol, czekolada, kawa, herbata, sery (zwłaszcza pleśniowe), produkty wędzone, produkty kiszzone, truskawki, cytrusy	Pokrzywka, zaczerwienienie skóry, pieczenie skóry	Bóle głowy, zamglenie, zawroty	Wodnisty katar, nieżyt nosa
	Bóle brzucha, biegunka	Zwiększenie akcji serca (kołatania), wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego	Łzawienie oczu, świąd oczu
Cykl menstruacyjny	W normie	Bolesny	Skąpy/obfity/w normie
	Bolesna owulacja	Ciężki PMS	Regularny/ nieregularny
Czy byłaś w ciąży?			
Czy badał*ś już kiedyś Hormony płciowe?			

Jakich produktów nie lubisz? (w różnych kategoriach- warzywa, owoce, mięso, nabiał i inne)			
Z których produktów nie jesteś w stanie zrezygnować?			
Jak wygląda Twój apetyt?	W normie	Słaby	Cały czas mocny
	Największy rano	Największy wieczorem	Podjadam
Ile wody dziennie wypijasz? (jakiej- mineralnej, źródlanej, przegotowanej, filtrowanej, kranowej)			
Na czym smażysz?	Oliwa z oliwek	Olej rzepakowy	Olej kokosowy
	Masło klarowane	Olej słonecznikowy	Inne
Czy jadasz ryby? (jakie, ile x w ciągu tygodnia/ miesiąca)			
Czy jadasz mięso? (jakie, ile x w ciągu tygodnia/ miesiąca)			
Czy jadasz podroby? (jakie, ile x w ciągu miesiąca)			
Czy jadasz orzechy? (jakie, ile x w ciągu tygodnia/ miesiąca)			
Czy stosuję oleje roślinne na zimno? (jakie, ile x w ciągu tygodnia/ miesiąca)			
Czy jadasz rosoły długogotowane?			
Czy jadasz jaja?			

(ile x w ciągu tygodnia/ miesiąca)	
Czy lubisz zupy? (jakie najbardziej) / czy wolisz II dania?	
Ile porcji dziennie warzyw zjadasz? (jakie najb. lubisz)	
Ile porcji owoców dziennie zjadasz? (jakie najb. lubisz)	
Czy spożywasz nabiał? (jaki najczęściej, ile x w ciągu tygodnia/ miesiąca)	
Twoje dodatkowe komentarze (co jest istotne, na co zwrócić uwagę)	

Po wypełnieniu czekam na maila od Ciebie aleksandra.duszynska@sonarclinic.pl pamiętaj o dołączeniu kompletu badań laboratoryjnych.

Smacznie i zdrowo pozdrawiam.

Aleksandra.