



nutritionDay  
WORLDWIDE

# Onkol

## Arkusz pacjenta\_3

Data <sup>1</sup> \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Numer chorego <sup>5</sup>

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Zwracamy się do Pani/ Pana z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Pomoże to poprawić opiekę żywieniową w oddziale. Chcielibyśmy zapytać w jakiej kondycji fizycznej Pani/ Pan się znajduje?

Proszę sprawdzić



albo wypełnić



**DZIĘKUJEMY ZA POMOC!**

Inicjały pacjenta: <sup>4</sup>

dwie pierwsze litery imienia

e pierwsze litery nazwiska

Ile ważyła Pani/Pan przedzachorowaniem? <sup>52</sup>

   kg

Nie wiem

Ile Pani/Pan waży obecnie? <sup>52</sup>

   kg

Nie wiem

Czy zmiana wagi była zamierzona czy niezamierzona? <sup>54</sup>

zamierzona

niezamierzona

waga nie uległa zmianie

Proszę zaznaczyć co najlepiej oddaje Pana stan w ostatnim tygodniu : <sup>55</sup>

	w ogóle	troszkę	minimalnie	bardzo dużo
Miał/a Pan/i bóle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potrzebował/a Pan/i odpoczynku?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odczuwał/a Pan/i osłabienie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czuł/a się Pan/i przygnębiony/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Był/a Pan/i zmęczony/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ból przeszkadzał Panu/i w codziennych zajęciach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odczuwał/a Pan/i brak apetytu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proszę zaznaczyć co najlepiej oddaje obecny stan: <sup>55</sup>

	w ogóle	troszkę	minimalnie	bardzo dużo
Miał/a Pan/i bóle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potrzebował/a Pan/i odpoczynku?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odczuwał/a Pan/i osłabienie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czuł/a się Pan/i przygnębiony/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Był/a Pan/i zmęczony/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy ból przeszkadza w codziennych czynnościach?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Czy mam Pani/ Pan brak apetytu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeżeli apetyt lub ilość przyjmowane pokarmu uległa zmianie, proszę zaznaczyć dlaczego? <sup>10</sup>

- nudności/wymioty       zaparcia       uczucie pełności/utrata apetytu  
 zapalenie błony śluzowej jamy ustnej       biegunka  
 ból       zmiany smaku/ zapachu       inne

Które z poniższych aktywności może Pani/Pan w dalszym ciągu wykonywać w maksymalnym stopniu (proszę zaznaczyć jedno)? <sup>56</sup>

- uprawianie sportu       dają radę troszczyć się o siebie  
 pełna aktywność       dają radę troszczyć się o siebie ale tylko częściowo  
 niewielka zdolność do wysiłku       nie dają rady opuścić łóżka lub krzesła

Jakie leki przyjmuje Pani/Pan poza lekami od lekarza? <sup>10</sup>

- nic       preparaty witaminowe  
 herbara ziołowa       inne leczenie  
 odżywki       inne

Jakie aktywność Pani/ Pan uprawia? <sup>10</sup>

- nic       medytacja       inne  
 psychoterapia       relaksacja mięśni  
 joga       Qigong

Czy trudno było pogodzić to z leczeniem? <sup>9</sup>       TAK       NIE       Nie wiem

Czy potrzebował/a Pan/Pani pomocy by wypełnić tą ankietę? <sup>9</sup>       TAK       NIE       Nie wiem

Czy wierzy Pan/Pani w to, że za pomocą zmiany żywienia w Pana/Pani terapii może się polepszyć Pana/Pani sytuacja zdrowotna? <sup>9</sup>       TAK       NIE       Nie wiem