

Numer pacjenta

--	--	--

Inicjały

--	--	--	--

1. Jakie są Pani/Pana zwyczaje żywieniowe? (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie stosuję żadnej specjalnej diety | <input type="checkbox"/> Ograniczam węglowodany |
| <input type="checkbox"/> Jestem na diecie wegetariańskiej | <input type="checkbox"/> Ograniczam tłuszcz |
| <input type="checkbox"/> Jestem na diecie wegańskiej | <input type="checkbox"/> Nie toleruję laktozy |
| <input type="checkbox"/> Jestem na diecie bezglutenowej | <input type="checkbox"/> Jestem na innej diecie eliminacyjnej ze względu na moją alergię/nietolerancję |
| <input type="checkbox"/> Unikam dosładzania | <input type="checkbox"/> Inne |

2. Gdzie przebywał(a) Pan(i) przed przyjęciem do szpitala?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> W domu | <input type="radio"/> Zostałem(am) przeniesiony(a) z innego szpitala |
| <input type="radio"/> W ośrodku opieki długoterminowej | <input type="radio"/> Inne |

3. Czy jest Pan(i) w stanie chodzić?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie, poruszam się na wózku inwalidzkim |
| <input type="radio"/> Tak, z czyjąś pomocą | <input type="radio"/> Nie wstaję z łóżka |
| <input type="radio"/> Tak, z pomocą laski, balkonika, kul | |

4. Jak ogólnie ocenia Pan(i) swój stan zdrowia?

- Bardzo dobrze Dobrze Umiarkowanie Źle Bardzo źle

5. W okresie ostatnich 12 miesięcy przed przyjęciem do szpitala...

...ile razy był(a) Pan(i) u lekarza

--

 razy

...ile razy był(a) Pan(i) przyjęty(a) do szpitala (oddział ratunkowy, oddział szpitalny)

--

 razy

...ile nocy spędził(a) Pan(i) łącznie w szpitalu

--

 nocy

6. Ile różnych leków przyjmuje Pan(i) każdego dnia (przed przyjęciem do szpitala)?

- | | |
|-------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 1-2 | <input type="radio"/> Żadnych |
| <input type="radio"/> 3-5 | <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a) |
| <input type="radio"/> Ponad 5 | |

7. Czy posiada Pan(i) ubezpieczenie zdrowotne?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Tak, jedynie prywatne ubezpieczenie zdrowotne | <input type="radio"/> Nie |
| <input type="radio"/> Tak, publiczne ubezpieczenie zdrowotne | <input type="radio"/> Nie chcę odpowiadać na to pytanie |
| <input type="radio"/> Tak, obydwa | |

8. Ile ważył(a) Pan(i) przed 5 laty?

--

 kg Nie jestem pewny(a)

9a. Czy stacił(a) Pan(i) na wadze w ciągu ostatnich 3 lat?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Tak, celowo | <input type="radio"/> Nie, przybrałem(am) na wadze |
| <input type="radio"/> Tak, niezamierzenie | <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a) |
| <input type="radio"/> Nie, moja waga się nie zmieniła | |

9b. Jeśli tak, ile kg Pan(i) stracił(a)?

--

 kg Nie jestem pewny(a)

10. Czy wiedział(a) Pan(i) o hospitalizacji dwa dni przed przyjęciem?

Tak Nie

11. Proszę wskazać, czy...

- | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|---|
| ...był(a) Pan(i) ważony(a) przy przyjęciu na oddział | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a) |
| ...był(a) Pan(i) poinformowany(a) o swoim stanie odżywienia | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a) |
| ...był(a) Pan(i) poinformowany(a) o możliwościach leczenia żywieniowego | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a) |
| ...został(a) Pan(i) objęty(a) specjalnym programem żywieniowym | <input type="radio"/> Tak | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Nie jestem pewny(a) |

Proszę kontynuować 3b

Numer pacjenta

Inicjały

12. Jak dużo jadł(a) Pan(i) w tygodniu poprzedzającym przyjęcie do szpitala?

Więcej niż zwykle
 Jak zwykle
 Około 3/4 tego co zwykle
 Około połowę tego co zwykle
 Około 1/4 tego co zwykle lub prawie nic

13. Czy generalnie jest Pan(i) zadowolony(a) z jedzenia otrzymywanego w szpitalu?

Bardzo zadowolony(a) Nie jestem pewny(a)
 Zadowolony(a)
 Ani zadowolony(a), ani niezadowolony(a)
 Niezadowolony(a)
 Bardzo niezadowolony(a)

14. Czy otrzymał(a) Pan(i) pomoc podczas jedzenia (DZISIAJ)?

Tak, od rodziny i przyjaciół
 Tak, od personelu szpitalnego Nie

15. Czy był(a) Pan(i) w stanie jeść bez żadnych zakłóceń DZISIAJ?


Tak
 Nie

16a. Proszę wskazać, ile szpitalnego pożywienia zjadł(a) Pan(i), jako główny posiłek (DZISIAJ)?

16b. Posiłek który zamówiłem(am) DZISIAJ był (wielkość porcji)....

standardowy
 mniejszy
 większy
 Nie jestem pewny(a)

Prawie wszystko/wszystko **1/2** **1/4** **Nic**



17. Jeśli nie zjadł(a) Pan(i) całego posiłku, proszę wskazać powód: (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)

<input type="checkbox"/> Jedzenie mi nie odpowiadało	<input type="checkbox"/> Mam problemy z połknięciem/żuciem
<input type="checkbox"/> Zapach/smak jedzenia mi nie odpowiadał	<input type="checkbox"/> Zwykle jem mniej niż proponują mi w szpitalu
<input type="checkbox"/> Jedzenie nie było zgodne z moimi kulturowymi/religijnymi preferencjami	<input type="checkbox"/> Miałem(am) nudności/wymioty
<input type="checkbox"/> Jedzenie było za gorące	<input type="checkbox"/> Byłem(am) zbyt zmęczony(a)
<input type="checkbox"/> Jedzenie było za zimne	<input type="checkbox"/> Nie mogłem(am) jeść bez pomocy
<input type="checkbox"/> W związku z alergią/nietolerancją	<input type="checkbox"/> Nie pozwolono mi jeść
<input type="checkbox"/> Nie byłem(am) głodny(a)	<input type="checkbox"/> Miałem(am) badanie/operację i straciłem(am) posiłek
<input type="checkbox"/> Miałem(am) mniejszy niż zwykle apetyt	<input type="checkbox"/> Nie otrzymałem(am) oczekiwanego posiłku

18. Proszę określić ilość spożytych płynów w ciągu ostatnich 24 godzin (w szklankach/kubkach)

<input type="text"/> Woda	<input type="text"/> Kawa	<input type="text"/> Sok owocowy	<input type="text"/> Napoje odżywcze
<input type="text"/> Herbata	<input type="text"/> Mleko	<input type="text"/> Napoje bezalkoholowe	<input type="text"/> Inne

19a. Czy jadł(a) Pan(i) DZISIAJ jakiegokolwiek jedzenie poza jedzeniem szpitalnym? Tak Nie

19b. Jeśli tak, co Pan(i) jadł(a)?

<input type="checkbox"/> Słodkie przekąski	<input type="checkbox"/> Nabiał
<input type="checkbox"/> Słone przekąski	<input type="checkbox"/> Jedzenie na dowóz/restauracja
<input type="checkbox"/> Domowe jedzenie/Jedzenie przyrządzone w domu	<input type="checkbox"/> Kanapki
<input type="checkbox"/> Owoce	<input type="checkbox"/> Inne

20. Jak zmieniło się Pana/Pani spożycie pokarmu po przyjęciu do szpitala?

Wzrósł Spadł Pozostał taki sam Nie jestem pewny(a)

21. DZISIAJ czuję się...

Silniejszy(a) niż przy przyjęciu do szpitala
 Słabszy(a) niż przy przyjęciu do szpitala
 Tak samo jak przy przyjęciu do szpitala
 Dzisiaj zostałem(am) przyjęty(a) do szpitala Nie jestem pewny(a)

22. Czy może Pan(i) chodzić bez pomocy (DZISIAJ)?

Tak
 Nie, potrzebuję pomocy
 Nie wstaję z łóżka

23. Czy ktoś pomagał Panu(i) w wypełnieniu tej ankiety? Tak Nie

Dziękujemy!