

Numer pacjenta

**Proszę zapytać pacjenta bezpośrednio**

Szanowni Państwo,  
Prosimy o wypełnienie tej ankiety w celu poprawy opieki żywieniowej w naszym oddziale. Dodatkowo, personel oddziału zwróci się z prośbą o kilka informacji dotyczących rozpoznania choroby i leczenia. Pani (Pana) udział w ocenie jest dobrowolny i może Pani (Pan) w każdej chwili wycofać się z niej bez żadnej zmiany w Pani (Pana) leczeniu. Osoba wymieniona poniżej udzieli Pani (Panu) niezbędnych dodatkowych informacji w razie potrzeby.

Osoba do kontaktu

**1a. Czy stacił(a) Pan(i) na wadze w ciągu ostatnich 3 lat?**

- Tak, celowo  Nie, przybrałem(am) na wadze  
 Tak, niezamierzenie  Nie jestem pewny(a)  
 Nie, moja waga się nie zmieniła

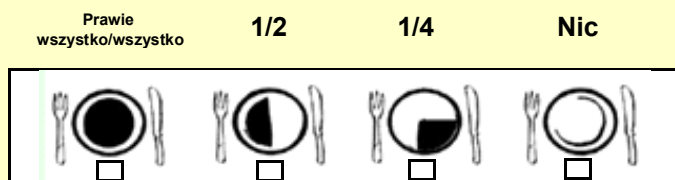
**1b. Jeśli tak, ile kg Pan(i) stracił(a)?**

kg  Nie jestem pewny(a)

**2. 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

**3a. Proszę wskazać, ile szpitalnego pożywienia zjadł(a) Pan(i), jako główny posiłek (DZISIAJ)?**



**3b. Jeśli nie zjadł(a) Pan(i) całego posiłku, proszę wskazać powód: (zaznacz wszystkie, które mają zastosowanie)**

- Miałem(am) mniejszy niż zwykle apetyt  
 Nie byłem(am) głodny(a)  
 Jedzenie mi nie odpowiadało  
 Zapach/smak jedzenia mi nie odpowiadał  
 Nie pozwolono mi jeść  
 Miałem(am) badanie/operację i straciłem(am) posiłek  
 Zwykle jem mniej niż proponują mi w szpitalu  
 Mam problemy z połykaniem/żuciem  
 Miałem(am) nudności/wymioty  
 Byłem(am) zbyt zmęczony(a)  
 Inne

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

- Tak  
 Nie, potrzebuję pomocy  
 Nie wstaję z łóżka

**5. 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)

**Dziękujemy!**