

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: ⁴ dwie pierwsze litery imienia e pierwsze litery nazwiska

Ile ważyła Pani/Pan przed zachorowaniem? ⁵² kg ☐ Nie wiem

Ile Pani/Pan waży obecnie? ⁵² kg ☐ Nie wiem

Czy zmiana wagi była zamierzona czy niezamierzona? ⁵⁴
☐ zamierzona ☐ niezamierzona ☐ waga nie uległa zmianie

Proszę zaznaczyć co najlepiej oddaje Pana stan w ostatnim tygodniu : ⁵⁵

	w ogóle	trochę	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: ⁵⁵

	w ogóle	trochę	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? ¹⁰

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> nudności/wymioty | <input type="checkbox"/> zaparcia | <input type="checkbox"/> uczucie pełności/utrata apetytu |
| <input type="checkbox"/> zapalenie błony śluzowej jamy ustnej | <input type="checkbox"/> biegunka | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> ból | <input type="checkbox"/> zmiany smaku/ zapachu | |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> uprawianie sportu | <input type="radio"/> dają radę troszczyć się o siebie |
| <input type="radio"/> pełna aktywność | <input type="radio"/> dają radę troszczyć się o siebie ale tylko częściowo |
| <input type="radio"/> niewielka zdolność do wysiłku | <input type="radio"/> nie dają rady opuścić łóżka lub krzesła |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nic | <input type="checkbox"/> preparaty witaminowe |
| <input type="checkbox"/> herbaria ziołowa | <input type="checkbox"/> inne leczenie |
| <input type="checkbox"/> odżywki | <input type="checkbox"/> inne |

Jakie aktywność Pani/ Pan uprawia? ¹⁰

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nic | <input type="checkbox"/> medytacja | <input type="checkbox"/> inne |
| <input type="checkbox"/> psychoterapia | <input type="checkbox"/> relaksacja mięśni | |
| <input type="checkbox"/> joga | <input type="checkbox"/> Qigong | |

Czy trudno było pogodzić to z leczeniem? ⁹ ☐ TAK ☐ NIE ☐ Nie wiem

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