

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)?

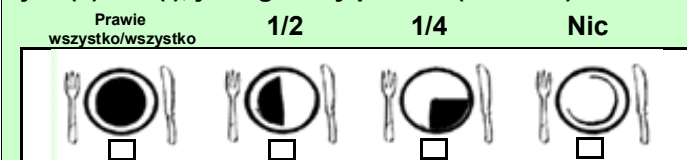
- ☐ Tak, od rodziny i przyjaciół
☐ Tak, od personelu szpitalnego ☐ Nie

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)


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

19a. Czy jadł(a) Pan(i) DZISIAJ jakiejkolwiek 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!