**Wizyta edukacyjna - sekcja dot. zachowań żywieniowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Data : |  |
| ID kwestionariusza: |  |

Dane personalne

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL  lub inny identyfikator pacjenta |  | | Płeć | ☐ K | ☐ M | Wiek | \_\_\_ lat |
| Imię i nazwisko |  | | Wsparcie społecznie | ☐  w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą, np. dzieckiem/współmałżonkiem/partnerem | | ☐  stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie | |
| Numer telefonu |  | Adres e-mail |  | Adres zamieszkania (kontaktowy) | |  | |
| Wykształcenie | ☐ podstawowe | ☐ średnie/zawodowe | | ☐ wyższe  (w tym lic./mgr) | Zawód wykonywany |  | |

Zachowania żywieniowe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/i ocenia swoje odżywianie się w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)? | | | | ☐ 1 | | ☐ 2 | ☐ 3 | | ☐ 4 | | | ☐ 5 |
| Ilość posiłków w ciągu dnia? | | | | ☐3 lub mniej | | | ☐4 | | ☐5 lub więcej | | | |
| Przerwy między posiłkami? | | | | ☐ 1-2 h | | ☐ 3-4h | ☐ 5-6 h | | ☐ powyżej 6 h | | | |
| Czy w diecie występują warzywa lub owoce? | ☐  Tak | ☐  Nie | Jeśli Tak to w ilu posiłkach? | | | | ☐ 4-5 | | ☐  2-3 | | ☐ 1 lub mniej | |
| Czy w diecie występuje białe pieczywo? | ☐  Tak | ☐  Nie | Jeśli Tak to w ilu posiłkach? | | | | ☐ 4-5 | | ☐  2-3 | | ☐ 1 lub mniej | |
| Czy spożywa Pan/i fast food? | ☐  Tak | ☐  Nie | Jeśli Tak, to: | | ☐  kilka razy w tygodniu | | | | ☐  raz w tygodniu | | | |
| ☐ kilka razy w miesiącu | | | ☐  raz w miesiącu | | ☐ rzadziej | | |
| Czy spożywa Pan/i słodycze? | ☐  Tak | ☐  Nie | Jeśli Tak, to: | | ☐  kilka razy w tygodniu | | | | ☐  raz w tygodniu | | | |
| ☐ kilka razy w miesiącu | | | ☐  raz w miesiącu | | ☐ rzadziej | | |

DODATKOWO WYŚWIETLA SIĘ CAŁY KWESTIONARIUSZ BILANSOWY (wypełniony)

**Wizyta edukacyjna – kontrolna.**

po 3 miesiącach  po 6 miesiącach

|  |  |
| --- | --- |
| Data : |  |
| ID kwestionariusza: |  |

Dane personalne

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL  lub inny identyfikator pacjenta |  | | Płeć | ☐ K | ☐ M | Wiek | \_\_\_ lat |
| Imię i nazwisko |  | | Wsparcie społecznie | ☐  w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą, np. dzieckiem/współmałżonkiem/partnerem | | ☐  stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie | |
| Numer telefonu |  | Adres e-mail |  | Adres zamieszkania (kontaktowy) | |  | |
| Wykształcenie | ☐ podstawowe | ☐ średnie/zawodowe | | ☐ wyższe  (w tym lic./mgr) | Zawód wykonywany |  | |

Aktualny status aktywności fizycznej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ile razy w tygodniu uprawia Pani umiarkowaną\* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)? | ☐  nie  uprawiam | ☐  1-2  razy w tygodniu | | ☐  3-4  razy w tygodniu | | ☐  częściej niż  4 razy w tygodniu | | Łączny czas tygodniowo | | \_\_\_\_\_\_ min |
| Ile razy w tygodniu uprawia Pan/i intensywną\*\* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)? | ☐  nie  uprawiam | ☐  1-2  razy w tygodniu | | ☐  3-4  razy w tygodniu | | ☐  częściej niż  4 razy w tygodniu | | Łączny czas tygodniowo | | \_\_\_\_\_\_ min |
| *\* aktywność umiarkowana, tj. prowadząca do trochę szybszego oddychania i trochę  szybszego bicia serca sport (np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę  lub bardzo szybki marsz).*  *\*\* aktywność intensywna, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca ( np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).* | | | | | | | | | | |
| Jaką formę aktywności fizycznej zacz-ął/ęła Pani stosować | ☐ bieganie  ☐ aerobik  ☐ pływanie  ☐ gry zespołowe (np. piłka nożna, siatkówka)  ☐ nordic-walking  ☐ jazda na rowerze/rolkach  ☐ sztuki walki  inne – jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Jak ocenia Pan/i swój aktualny stan zdrowia  w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)? | ☐1 | | ☐2 | | ☐3 | | ☐4 | | ☐5 | |
| Jak ocenia Pan/i swoją sprawność fizyczną w skali od 1 (bardzo niska) do 5 (bardzo dobra)? | ☐1 | | ☐2 | | ☐3 | | ☐4 | | ☐5 | |

Zachowania żywieniowe

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/i ocenia swoje odżywianie się w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)? | | | | | ☐ 1 | | ☐ 2 | ☐ 3 | | ☐ 4 | | | ☐ 5 |
| Ilość posiłków w ciągu dnia? | | | | | ☐3 lub mniej | | | ☐4 | | ☐5 lub więcej | | | |
| Przerwy między posiłkami? | | | | | ☐ 1-2h | | ☐ 3-4h | ☐ 5-6h | | ☐ powyżej 6 h | | | |
| Czy w diecie występują warzywa lub owoce? | ☐  Tak | | ☐  Nie | Jeśli Tak to w ilu posiłkach? | | | | ☐ 4-5 | | ☐  2-3 | | ☐ 1 lub mniej | |
| Czy w diecie występuje białe pieczywo? | ☐  Tak | | ☐  Nie | Jeśli Tak to w ilu posiłkach? | | | | ☐ 4-5 | | ☐  2-3 | | ☐ 1 lub mniej | |
| Czy spożywa Pan/i fast food? | ☐  Tak | ☐  Nie | | Jeśli Tak, to: | | ☐  kilka razy w tygodniu | | | | ☐  raz w tygodniu | | | |
| ☐ kilka razy w miesiącu | | | ☐  raz w miesiącu | | ☐ rzadziej | | |
| Czy spożywa Pan/i słodycze? | ☐  Tak | ☐  Nie | | Jeśli Tak, to: | | ☐  kilka razy w tygodniu | | | | ☐  raz w tygodniu | | | |
| ☐ kilka razy w miesiącu | | | ☐  raz w miesiącu | | ☐ rzadziej | | |

Pomiary antropometryczne, parametry życiowe

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| masa ciała | \_\_\_\_kg | wzrost | \_\_\_\_cm | | BMI [kg/m2] | | \_\_\_ |
| masa ciała (pomiędzy wizytą bilansową a wizytą edukacyjną kontrolną) | | | ☐ spadek | ☐ wzrost | | ☐ bez zmian | |
| BMI [kg/m2] (pomiędzy wizytą bilansową a wizytą edukacyjną kontrolną) | | | ☐ spadek | ☐ wzrost | | ☐ bez zmian | |
| ciśnienie krwi (skurczowe) | \_\_\_\_ mmHG | ciśnienie krwi (rozkurczowe) | \_\_\_\_ mmHG | | tętno | | \_\_\_ |
| Czy wzi-ął/ęła Pan/i udział w edukacji specjalistycznej - dietetycznej?  *Jeśli była zalecana* | | | | tak | | nie | |
| Czy wdrożył/a Pan/i zalecenia dot. odżywiania zlecone przez dietetyka?  *Jeśli była zalecana* | | | | tak | | nie | |

Aktualny status nikotynowy *Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent wskazał, że pali papierosy i w trakcie wizyty edukacyjnej, został objęty edukacją w tym zakresie*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy pali Pan/i papierosy (w tym inne formy tytoniu, np. fajka)? | tak | nie | palę w ograniczonym zakresie |
| *Jeśli tak*  Czy podj-ął/ęła Pan/i próbę rzucenia palenia? | tak | nie |  |
| *Jeśli tak lub palę w ograniczonym zakresie*  Wynik testu Fagerstroma | \_\_\_ pkt | | |
| Wskaż zastosowane metody wspomagające proces rzucania palenia  (można wskazać więcej niż 1) | plastry  gumy do żucia  tabletki do ssania  spray do nosa  szczepionka  e-papieros  metoda niekonwencjonalna (np. hipnoza, akupunktura, biorezonans)  żadne z powyższych – całkowita rezygnacja (bez wspomagania)  inne – jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| *Jeśli nie*  Podaj powód nie podjęcia próby rzucenia palenia  (można wskazać więcej niż 1) | brak dostatecznej motywacji  brak silnej woli  przeświadczenie o braku wpływu palenia na zdrowie  inne – jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Aktualny status alkoholowy *Jeśli na podstawie kwestionariusza bilansowego w IPPZ wskazano picie szkodliwe lub ryzyko uzależnienia, i w trakcie wizyty edukacyjnej pacjent został objęty edukacją w tym zakresie*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy podj-ął/ęła Pan/i próbę ograniczenia spożycia alkoholu? | | | | | tak | nie |
| Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ):  *Jeśli tak* | Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol? | ☐  nigdy | ☐  1 raz w m-cu lub rzadziej | ☐  2-4 razy w miesiącu | ☐  2-3  razy w tygodniu | ☐  częściej niż  4 razy w tygodniu |
| Ile porcji alkoholu wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol? | ☐ 1-2 | ☐  3-4 | ☐  5-6 | ☐  7-9 | ☐  10 lub więcej |
| Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji? | ☐  nigdy | ☐  rzadziej niż raz w m-cu | ☐  raz w miesiącu | ☐  raz w tygodniu | ☐  codziennie lub prawie codziennie |
| Aktualny wynik testu | |  | | | | |
| *Jeśli nie*  Podaj powód nie podjęcia próby ograniczenia spożycia alkoholu  (można wskazać więcej niż 1) | | brak dostatecznej motywacji  brak silnej woli  przeświadczenie o braku wpływu alkoholu na zdrowie  inne – jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

Inne używki *Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent wskazał, na stosowanie innych używek*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy podj-ął/ęła Pan/i próbę ograniczenia stosowania wskazanej używki (jakiej) ? |  | tak | nie |
| *Jeśli nie*  Podaj powód nie podjęcia próby ograniczenia stosowania danej używki  (można wskazać więcej niż 1) | brak dostatecznej motywacji  brak silnej woli  przeświadczenie o braku wpływu używki na zdrowie  inne – jakie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

Informacja o wynikach badań przesiewowych, na które został skierowany pacjent w po badaniu bilansowym *Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent został zakwalifikowany do Programu profilaktycznego – w przypadku więcej niż 1 – multiplikacja pól do wypełnienia.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy wzi-ął/ęła Pan/i udział w Programie profilaktycznym, zgonie z zaleceniem?  *należy wskazać Program* | | | | | | tak | nie |
| Data badania |  | Wynik: | ☐ w normie | ☐ poza normą | Zalecenia: |  | |

Informacja o udziale w wizytach specjalistycznych – psychologicznych *Jeśli w kwestionariuszu bilansowym, pacjent został zakwalifikowany do wizyt edukacyjnych specjalistycznych – do wypełnienia bez udziału pacjenta*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy pacjent został objęty edukacją specjalistyczną - psychologiczną, zgonie z zaleceniem? | tak | nie |
| Czy potwierdzono podejrzenie depresji? | tak | nie |
| Czy skierowano pacjenta na dalsze leczenie poza POZ (Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień) | tak | nie |