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

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

Dane personalne

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESELlub 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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESELlub 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)? | ☐nieuprawiam | ☐1-2razy w tygodniu | ☐3-4razy w tygodniu | ☐częściej niż4 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)? | ☐nieuprawiam | ☐1-2razy w tygodniu | ☐3-4razy w tygodniu | ☐częściej niż4 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 | ☐2-3razy w tygodniu | ☐częściej niż4 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 |