



Міністерство охорони здоров'я України
ТОВ "СІ ЕМ СІ МЕД", ЄДРПОУ 33103356
вул. Солом'янська, 11^А, Київ, 03110, Україна
tel.: +38 (044) 206 2000,
viber для листування +38 (067) 476 04 11
web: cmcmed.clinic

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма № 028/о
Затверджена наказом МОЗ
України від 14.02.2012 р. №110
Ліцензія АЕ №571814 від 20.01.2015 р.

Анкета-опитувальник перед консультацією нутриціолога-дієтолога, лікаря УЗД Логойди Оксани Марківни

1. Вступні дані:

ПІБ:	Дата народження:	Кількість повних років:
Зріст:	Вага:	Окріжність талії:
Мета: схуднути, набрати, підтримати вагу інше:	Бажана вага? Як давно дефіцит ваги/зайва вага?	Вага рік тому?

2. Розпишіть ваше харчування за 3 дні

(включаючи приблизно годину прийому, напої (вода, чай, кава) і хоч приблизну кількість грамів порції).

3. Яку кількість чистої води випиваєте за день?

4. Основні скарги на здоров'я?

5. Блок ШКТ:	6. Блок щитовидної залози:
Скарги з боку ШКТ: • Ні • Печія • Гіркий присмак у роті • Неприємний запах з рота • Біль у шлунку, печіння, особливо на голодний шлунок • Непереносимість кислих продуктів/біль у животі • Тяжкість після білкової їжі (м'ясо/риба) • Здуття живота • Відсутність зранку апетиту • Нудить після жирної їжі (жирної риби, олії) • Якщо є наліт на язичі, то якого він кольору? • Чи є біль, дискомфорт у животі, якщо так, де саме? • Надмірне газоутворення в кишківнику із запахом чи без? • Запор (випорожнення рідше ніж 1 раз на день, або випорожнення горошком, почуття неповного випорожнення кишечника або з зусиллям?) • Діарея (несформоване випорожнення) • У вас жирне випорожнення? • Чи користуєтесь ви йоржиком для унітазу? • Чи помічаєте ви частинки неперетравленої їжі у випорожненні? • У вас видалено жовчний? • Чи є жовчокам'яна хвороба? • Чи є пластивці, завись, сладж, поліпи в жовчному міхурі? • Що можете доповнити з боку ШКТ? · Непереносимість глютену є/немає/не знаю Непереносимість лактози є/немає/не знаю	Чи є у вас захворювання щитовидної залози? • Чи є АІТ? • Гіпотериоз? • Вузли? • Не знаю • Інше Яка температура тіла у вас?

7. Блок гінекологія:	
• Коли були востаннє у гінеколога, дата? • Чи приймаєте протизаплідні, якщо так, то які? • Чи встановлена у вас внутрішньоматкова спіраль? • Ви живете зараз статевим життям? • Скільки вагітностей, народжених дітей, абортів? • Гінекологічні захворювання (перерахуйте):	
Питання для жінок, що менструують: • За скільки днів до менструації набрякають і стають чутливими груди? • Менструація: рясна, убога, нормальна? • Біль під час менструації: 0 – безболісні 1 – помірна 2 – болючі 3 – болючі, п'ю знеболюючі, але можу працювати 4 – дуже болючі, п'ю знеболюючі та не можу працювати • У якому віці розпочалася менструація? • Чи годуєте груддю?	Для жінок, які в менопаузі: • Вік настання менопаузи Як відбувається менопауза? Опишіть симптоми.
Обстеження молочних залоз: • Напишіть діагнози, якщо є в наявності та скарги • Чи проводите обстеження молочних залоз: • Самообстеження • Останні УЗД молочних залоз • Мамографія, дата останнього обстеження • Не проводжу	

8. Шкіра, волосся, нігті:	
Скарги з боку шкіри: • Чи є у вас алергічні захворювання, які проявляються на шкірі? На що загострення? • Чи є у вас червоні родимки, судинні зірочки? • Чи є пігментні плями? • Помічали, що останнім часом з'явилося багато папілом? • Чи випадають у вас зовнішня третина брів, вій?	Скарги з боку волосся: • Волосся сухе, ламке, жирне, сивина, чи є випадіння волосся, якщо так, то де? Рівномірно по всій голові чи ні? (є широкий проділ, залисини, інше)
	Скарги з боку нігтів: • Нерівні, є повздовження, смугастість, білі цяточки, ламкі чи лунки
9. Серце та судини:	
• Чи є встановленні діагнози? • Який у вас тиск ? (підвищений/знижений/змінюється/не знаю) • Чи приймаєте препарати від тиску?	
10. Стрес ,наднирники:	
• Який рівень стресу виставляєте собі по 10-бальній шкалі від 1 до 10 ? • Чи лягаєте спати до 11 години ? • Коли зранку прокидаєтесь ? • Ви часто відчуваєте тривогу? • Як швидко Ви засипаєте? • Чи прокидаєтесь Ви вночі в туалет? • Якщо так, то скільки разів? • Чи сняться Вам кошмари? • Сон надає бадьорості зранку? • О котрій годині доби ви найбільш енергійний? • Прокидаєтесь без причини вночі?	

11.Блок імунітет:	12. Блок мозок:
• Чи є хронічна вірусна інфекція (так/ні/не знаю) • Якщо є герпес, як часто загострення? • Скільки разів на рік хворієте на ГРВІ?	• Чи задоволені Ви роботою свого мозку? • Чи є проблеми з пам'яттю? • Чи є проблеми з концентрацією? • Головні болі?

• Хворіли на Ковід чи ні? Чи робили щеплення?\ • Чи є хронічні бактеріальні інфекції, наприклад, тонзиліт, синусит, гайморит чи інші? • Чи є алергія на медикаменти/добавки/продукти харчування?	• Мігрені? • Інші скарги, діагнози
--	---

13. Операції, травми, онкології:	14. Спадковий анамнез:
• Перерахуйте коротко травми, операції, онкологічні захворювання. Якщо вони були у вас в минулому.	• Перерахуйте коротко захворювання, на які хворіли ваші батьки, брати, сестри, бабусі, дідусі.
15. Лікарський анамнез	16. Спосіб життя:
• Чи приймаєте Ви лікарські засоби, вітаміни та інші добавки на постійній основі або в даний момент часу? • • Якщо так, то перерахуйте які.	• Чи є шкідливі звички? • Як часто п'єте алкоголь? Який? • Яким видом спорту займаєтесь і скільки разів на тиждень? • Ви активна людина чи здебільшого ведете сидячий спосіб життя?

17. Питання про харчування:

- У скільки ви снідаєте?
- Ви їсте смажене?
- 3. Ви п'єте солодку воду, фруктовий сік, чай, каву?

Підкресліть що саме.

- Ви переїдаєте?
- У Вас гарний апетит?
- Ви їсте жири (олії, жирне м'ясо, рибу)?
- Ви їсте салат/овочі/зелень у кожен прийом їжі?
- Як Ви вважаєте, у вас достатньо клітковини в раціоні?
- У Вас тваринний білок (риба, птиця, м'ясо) є мінімум у двох прийомах їжі?
- Скільки білка з'їдаєте за один раз приблизно в грамах?
- Ви переїдаєте білками?
- Ви їсте червоне м'ясо (яловичину 1-2 р/тиждень), субпродукти (2-4 р/тиждень)?
- Ви дотримуєтесь "чистого проміжку" між прийомами мінімум 4 години?
- Ви вважаєте, часто Ви їсте шкідливу їжу (солодощі, борошняне)?
- Ви їсте молочку (сир, творог, ряжанка, сметана, кефір, вершки, йогурт), частіше ніж 1 раз на тиждень?
- Ви переїдаєте на ніч/у вечірній прийом їжі?
- Ви вживаєте соняшникову, кукурузну олії?
- Ви чергуєте продукти-1 вид продукту через 3-4 дні?
- Ви їсте яйця щодня?
- У Вас переважно однаковий сніданок?
- Ви їсте свинину, напівфабрикати?
- Ви запікаєте продукти у фользі/рукаві?
- Ви їсте нерафіновану оливкову олію практично щодня?
- Ви їсте більше, ніж 2 солодких фрукта на день?
- Ви п'єте солодкі фреші, використовуєте фруктозу замість цукру, їсте мед, сиропи?
- Ви вживаєте магазинні соуси, майонез?
- Ви їсте зелені листові овочі щодня?
- У Вашому раціоні завжди є спеції, овочі різних кольорів?
- Ви п'єте мінімум 30 мл на 1 кг маси тіла фільтрованої води на день?

18. Мотивація:

- Ви себе в основному хвалите чи лаєте?
- Наскільки Ви замотивовані дотримуватись рекомендацій від 1-10?
- Ваші очікування від консультації/супроводу?