



VSTUPNÍ ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Odpovědi na níže uvedené dotazy umožní ošetřujícímu lékaři rychlou orientaci ve Vašem konkrétním případě a velmi mu usnadní cestu ke správnému nasazení bílkovinné ketogenní diety MEDIDIET®. Prosíme proto o jeho pečlivé vyplnění!

I. OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kontaktní adresa:

Kontaktní telefon (nejlépe mobilní):

E-mail:

Vaše výška v cm:

Vaše hmotnost v kg:

Doporučen(a) kým:

O proteinových (ketogenních) dietách jsem se dozvěděl(a) od/z:

.....

II. ANAMNESTICKÉ ÚDAJE VE VZTAHU K REDUKCI HMOTNOSTI

Počet pokusů o redukci tělesné hmotnosti v minulosti (odhad):

Poslední pokus (rok):

Typ redukce, který jste již v minulosti „zkusil(a)“:

a) Anorektika (léky „proti tloušťce“)

Které: Sibutramin (Meridia®, Lyrica®)

Fentermin (Adipex®)

Orlistat (Xenical®)

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

b) Nízkoenergetické diety

Které (upřesněte typ): **1)**

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

Které (upřesněte typ): **2)**

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

Které (upřesněte typ): **3)**

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

c) Úprava stravovacích návyků

Spočívající v:

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

d) Invazivní metody

Liposukce

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

Kroužek na žaludek

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

Jiné (upřesněte)

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

e) Jiné (výše neuvedené) typy redukčních technik, které jste prodělal(a)

Spočívající v:

Efekt: ano ne

Pokud ano, dosažená redukce v kg: za dobu

Opětovné přibrání hmotnosti po skončení redukce: ano ne

Pokud ano, za jakou dobu (odhad):

III. OBECNÉ A SUBJEKTIVNÍ ZDRAVOTNÍ ÚDAJE

1) Jak se obvykle cítíte? (odpověď nejlépe odrážející Váš obvyklý stav, prosím, zaškrtněte. Zaškrtnout můžete i více než jednu odpověď)

- a) Mám obecně nedostatek energie
- b) Obecně mám energie dost, ale v průběhu dne se u mně objevují okamžiky, kdy jsem zcela bez energie
- c) Mám potíže se spánkem (např.: usínám špatně, probouzím se opakovaně v noci, budím se již brzy ráno a dál nemohu spát, i když jsem nevyspalý)
- d) Už za pár hodin po jídle mám zase velký hlad
- e) Trpím na časté změny nálad
- f) Když mám hlad, jsem více podrážděný (nebo unavený či malátný)
- g) Mám potíže se soustředěním
- h) Cítím se unavený, i když se dostatečně vyspím (alespoň 8 hodin spánku)
- i) Trpím na bolesti kloubů
- j) Jsem náchylný k infekcím (rýma, chřipka, a podobně)

2) Proč chcete zredukovat svoji hmotnost?

- a) Ze zdravotních důvodů
- b) Z estetických důvodů
- c) Z obou uvedených důvodů

3) Vaše stravovací návyky

- a) Jste „na sladké“?
- b) Máte rád(a) tučná a smažená jídla?
- c) Jste „na slané“?
- d) Když dostanete k jídlu něco, co máte rád(a), dokážete se toho najíst až do pocitu na zvracení?
- e) „Zajíkáte“ stres (používáte jídlo k uklidnění a potlačení starostí)?
- f) Probouzí vás v noci hlad, který Vás přinutí vstát a jít se najíst?
- g) Konzumujete každý den alkohol (pivo, víno, destiláty)?
- h) Kouříte?

V případě kladné odpovědi uveďte počet cigaret za den:

- i) Užíváte pravidelně jiné návykové látky?

V případě kladné odpovědi uveďte které:

- j) Díváte se při jídle na televizi?
- k) Kolik minerální vody vypijete za den?
0,5 litru 1 litr 1,5 litru
- l) Dáváte při nakupování pozor na to, co kupované potraviny obsahují?
- m) Dáváte přednost biopotravinám?
- n) Kontrolujete si každý den svoji tělesnou hmotnost?

4) Vaše pohybové návyky a fyzická kondice

- a) Máte kladný vztah k fyzické aktivitě?
- b) Máte nějaké zdravotní omezení, které by Vás vylučovalo z tělesné aktivity?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

.....
.....

- c) Zadržáváte se při chůzi do schodů nebo do kopce?

- d) Cvičíte pravidelně?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

.....
.....

Kolikrát týdně:

Typ tělesné aktivity:

- e) Jakákoliv fyzická námaha Vás nadměrně unavuje?

- f) Který typ fyzické aktivity by pro Vás byl nejpříjemnější? (upřesněte):

Typ tělesné aktivity:

IV. OBJEKTIVNÍ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE VE VZTAHU K VAŠEMU ZDRAVOTNÍMU STAVU

1) Onemocnění

a) Trpíte nějakým onemocněním, vyžadujícím léčbu?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

b) Víte o nějaké alergii, kterou trpíte (nezapomeňte na potravinové alergie)?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

c) Víte o nějakém jiném vlastním zdravotním omezení mimo alergie (například metabolická onemocnění, porfyrie, cukrovka, hypoglykemie, fenylketonurie a podobně)?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

d) Byl(a) jste někdy v nemocnici?

V případě kladné odpovědi upřesněte proč a uveďte rok:

e) Léčil(a) jste se někdy na psychiatrii?

V případě kladné odpovědi upřesněte s čím:

f) Měl jste někdy zdravotní problémy s ledvinami? (ledvinové kameny, nedostačivost, bílkovina v moči, krev v moči, a podobně)

V případě kladné odpovědi upřesněte:

g) Měl jste někdy zdravotní problémy se žlučníkem nebo játry? (žlučnickové kameny, záchvaty, operace žlučníku, žloutenka, mononukleóza a podobně)

V případě kladné odpovědi upřesněte:

h) Měl jste někdy zdravotní problémy se srdcem? (arytmie, bušení srdce, ischemická choroba, infarkt a podobně)

V případě kladné odpovědi upřesněte:

i) Máte vysoký krevní tlak?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

j) Měl jste někdy zdravotní problémy s kyselinou močovou (dnu)?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

k) Máte vysoký cholesterol a/nebo triacylglyceroly (triglyceridy)?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

l) Máte problémy s trávením (pálení žáhy, plynatost, sklon k průjmům či k zácpě)?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

m) Máte problémy se štítnou žlázou?

V případě kladné odpovědi upřesněte:

2) Léky

a) Užíváte v současnosti nějaké klasické léky předepsané „na recept“?

V případě kladné odpovědi upřesněte které:

b) Užíváte v současnosti nějaké volně prodejné léky či přípravky (např.: doplňky stravy, vitamíny, minerály, a podobně)?

V případě kladné odpovědi upřesněte které:

3) Rodina

a) Trpěl či trpí někdo ve Vaší rodině obezitou či nadváhou?

V případě kladné odpovědi upřesněte kdo a v jakém je k Vám příbuzenském poměru:

b) Léčí se někdo (či zemřel) ve Vašem blízkém příbuzenstvu na kardiovaskulární onemocnění? (například ischemická choroba srdeční, infarkt, vysoké krevní tuky, vysoký krevní tlak, a podobně)?

V případě kladné odpovědi upřesněte kdo, na co a v jakém je k Vám příbuzenském poměru:

c) Léčí se někdo (či zemřel) ve Vašem blízkém příbuzenstvu na cukrovku?

V případě kladné odpovědi upřesněte kdo a v jakém je k Vám příbuzenském poměru:

V. ZÁVĚREČNÉ OTÁZKY

1) Chcete být pravidelně informován(a) o novinkách v oblasti bílkovinných diet?

V případě kladné odpovědi zvolte způsob:

e-mailem:

poštou:

2) Chcete být pravidelně informován(a) o novinkách v oblasti nutriční medicíny, biopotravín a zdravého stravování?

V případě kladné odpovědi zvolte způsob:

e-mailem:

poštou:

3) Chcete být pravidelně informován(a) o novinkách v oblasti přírodní medicíny (fytofarmaka, homeopatie a pod.)?

V případě kladné odpovědi zvolte způsob:

e-mailem:

poštou:

v dne podpis klienta

vyplňuje lékař

Výsledky vstupního fyzikálního vyšetření:

a) Výška: Hmotnost:

b) BMI:

c) % tukové tkáně v organismu:

d) TK:

e) Počet kilogramů k redukci:

EKG křivka a výsledky laboratorních vyšetření (biochemie, hematologie, moč) – viz příloha

v dne podpis lékaře

