



## Ocena stanu zdrowia i stanu odżywienia

Imię i nazwisko .....

### Dane kontaktowe:

- telefon |\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|-|\_\_|\_\_|\_|
- e-mail .....
- inne komunikatory : WhatsApp\_\_\_/Skype\_\_\_/ TEAMS\_\_\_/Messenger\_\_\_/ ZOOM\_\_\_/

Data urodzenia (dd/mm/rr): |\_\_|\_\_|\_|/|\_\_|\_\_|\_|/|\_\_|\_\_|\_|

Wykształcenie: |\_\_| Podstawowe |\_\_| Średnie |\_\_| Wyższe

Zatrudnienie: |\_\_| Brak |\_\_| Student |\_\_| Niepełne |\_\_| Pełne  
|\_\_| Emerytura / renta |\_\_| Inne, jakie .....

Miejsce zamieszkania: |\_\_| Wieś |\_\_| Miasto do 10 tys. |\_\_| Miasto do 100 tys.  
|\_\_| Miasto powyżej 100 tys.

Kategoria pacjenta wg stopnia samodzielności do samokontroli w cukrzycy typu 2 i zapotrzebowania na edukację diabetologiczną: |\_\_|

I - Samodzielny, II - Częściowo samodzielny, III - Niesamodzielny, dostępność opiekuna, IV - Niesamodzielny i brak opiekuna

### A. Badania antropometryczne

Masa ciała: |\_\_|\_\_|\_|,|\_\_|\_\_|\_| kg Wzrost: |\_\_|\_\_|\_| cm BMI: |\_\_|\_\_|\_|,|\_\_|\_\_|\_| kg/m<sup>2</sup>

Kategoria BMI: |\_\_| Prawidłowa m.c. |\_\_| Nadwaga |\_\_| Otyłość, stopień

Obwody: pasa |\_\_|\_\_|\_| cm bioder: |\_\_|\_\_|\_| cm WHR: |\_\_|,|\_\_|\_\_|\_|

Kategoria obwodu pasa: |\_\_| Prawidłowy |\_\_| Średni |\_\_| Duży

Ryzyko sercowo-naczyniowe: |\_\_| Małe |\_\_| Duże

Tkanka tłuszczowa: |\_\_|\_\_|\_| kg |\_\_|\_\_|\_| %

Beztłuszczowa masa ciała: |\_\_|\_\_|\_| kg |\_\_|\_\_|\_| %

Woda: |\_\_|\_\_|\_| kg |\_\_|\_\_|\_| %

Pożądana masa ciała: |\_\_|\_\_|\_|, |\_\_|\_\_|\_| kg

Historia zmian masy ciała: \_\_\_\_\_



## B. Badania laboratoryjne

Parametr		Wartość /jednostki	Data badania
Stężenie glukozy na czczo			
Hemoglobina glikowana HbA1C			
Insulina			
Białko C-reaktywne			
Lipidogram	Cholesterol całkowity		
	Cholesterol HDL		
	Cholesterol LDL		
	Cholesterol nie-HDL		
	Triglicerydy		
RR			
Inne			



### C. Badania kliniczne

Historia cukrzycy/wyrównanie metaboliczne choroby	
Schorzenia współistniejące	

**Dolegliwości:**

Brak apetytu Zaparcia Poranne nudności Wymioty Biegunka

Krwawiące dziąsła Trudności w połykaniu Wzdęcia Inne: \_\_\_\_\_

**Inne ważne informacje**



## D. Wywiad żywieniowy

Dotychczas stosowane diety:

Rodzaj diety	Powód i czas stosowania	Efekt stosowania	Osoba zlecająca

Alergie lub nietolerancje pokarmowe:

--

Alergie lub nietolerancje pokarmowe:

Rodzaj produktu	Powód eliminowania z diety

Stosowanie suplementów diety/ziół o działaniu prozdrowotnym:

Nazwa suplementu	Dawkowanie/dobę

Spożywanie alkoholu: |\_|\_|\_| ml |\_|\_| dzień |\_|\_| tydzień

Rodzaj alkoholu: \_\_\_\_\_

Aktywność fizyczna: |\_|\_| godz./tydzień rodzaj aktywności: \_\_\_\_\_

Palenie: |\_|\_|\_| sztuk dziennie

Zwyczajowy sposób żywienia	
Liczba posiłków w ciągu dnia	
Regularność spożywania posiłków	
Fobie żywieniowe	
Inne ważne informacje	

Najważniejsze problemy do rozwiązania:

-----



### E. Ocena środowiskowa, behawioralna i psychologiczna

Sytuacja życiowa, wsparcie społeczne	
Dostęp do żywności o wysokiej wartości odżywczej	
Potrzeba pomocy w żywieniu	
Inne ważne informa- cje	

### F. Ocena finansowa

Sytuacja materialna:  Bardzo zła    Zła    Średnia    Dobra  
 Bardzo dobra

Możliwość zakupu żywności:  Brak ograniczeń  
 Ograniczona, powód \_\_\_\_\_

Możliwość zakupu suplementów:  Brak ograniczeń,  
 Ograniczona, powód \_\_\_\_\_