|  |
| --- |
| **Kwestionariusz pacjenta bariatrycznego** |
| 1. Imię i nazwisko:
 |  |
| 1. Wiek:
 |  |
| 1. Pani/ Pana waga obecnie:
 |  |
| 1. BMI:
 |  |
| 1. Waga rok temu:
 |  |
| 1. Wzrost:
 |  |
| 1. Obwód w pasie:
 |  |
| 1. Obwód w biodrach:
 |  |
| 1. Od kiedy jest Pani/ Pan otyła/ -y?
 |  |
| 1. Czy problem otyłości dotyczy innych członków Pani/ Pana rodziny?
 |  |
| 1. Czy lubi Pani/ Pan słodycze?
 |  |
| 1. Czy stosowała/- Pani/ Pan nadzorowaną przez specjalistę dietę w celu utraty masy ciała?
 |  |
| 1. Aktywność fizyczna w chwili obecnej:
 |  |
| 1. Czy uczestniczyła/- Pani/ Pan w spotkaniach grupy wsparcia w celu utraty masy ciała?
 |  |
| 1. Czy korzystała/- Pani/ Pan z pomocy psychoterapeuty w celu utraty masy ciała?
 |  |
| 1. Czy stosowała/- Pani/ Pan leki ułatwiające utratę masy ciała?
 |  |
| 1. Czy cierpi Pani/ Pan z powodu depresji?
 |  |
| 1. Czy otyłość przeszkadza Pani/ Panu w codziennej aktywności?
 |  |
| 1. Czy leczy się Pani/ Pan z powodu cukrzycy? (stosowane leczenie)
 |  |
| 1. Czy cierpi Pani/ Pan z powodu bezdechu sennego?
 |  |
| 1. Czy leczy się Pani/ Pan z powodu chorób tarczycy? (Proszę opisać je i ich leczenie)
 |  |
| 1. Czy leczy się Pani/ Pan z powodu nadciśnienia tętniczego?
 |  |
| 1. Czy leczy się Pani/ Pan z powodu chorób serca? (Proszę wymienić te choroby)
 |  |
| 1. Czy ma Pani/ Pan podwyższony poziom cholesterolu i trójglicerydów?
 |  |
| 1. Czy leczy się Pani/ Pan z powodu:
 |
| - choroby nowotworowej |  |
| - kamicy pęcherzyka żółciowego  |  |
| - zmian zwyrodnieniowych stawów, kręgosłupa |  |
| - choroby wrzodowej |  |
| - refluksu |  |
| - przepukliny rozworu przełykowego |  |
| - biegunek |  |
| - zaparć |  |
| - nudności |  |
| - bólów brzucha |  |
| - nietrzymania moczu |  |
| 1. Czy leczy się Pani/ Pan z powodu chorób ginekologicznych?
 |  |
| 1. Czy leczy się Pani/ Pan z powodu chorób nerek i pęcherza moczowego?
 |  |
| 1. Czy była/- Pani/ Pan kiedykolwiek operowana/-y? (Jakie to były zabiegi i w którym roku?)
 |  |
| 1. Proszę przedstawić dokładną listę leków, które Pani/ Pan przyjmuje oraz podać ich dawki:
 |  |
| 1. Czy jest Pani/ Pan uczulona/-y na jakieś leki? (proszę wymienić)
 |  |
| 1. Czy jest Pani/ Pan uczulona/-y na inne alergeny? (proszę wymienić)
 |  |
| 1. Czy spożywa Pani/ Pan napoje alkoholowe? (ile?)
 |  |
| 1. Czy pali Pani/ Pan papierosy? (ile?)
 |  |
| 1. Czy jest Pani/ Pan gotowa/-y na trwałą zmianę dotychczasowego stylu życia?
 |  |
| 1. Czy gotowa/-y jest Pani/Pan poddać się kontrolom pooperacyjnym przez następne lata?
 |  |

 ……..………………………………………………………….

 data podpis