|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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