Proszę uzupełnić poniższe dane:

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Miejsce zamieszkania:
4. Login skype (dotyczy konsultacji online)
5. Numer telefonu (opiekuna):
6. e-mail (opiekuna):

Skąd wiesz o działalności naszej poradni?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Polecenie | Strona www | Fanpage na Facebooku | Ulotka | Inne: |

# CZĘŚĆ OGÓLNA:

Jaki jest powód wizyty?

Jaki jest cel wizyty? (np. utrata masy ciała, prowadzenie diety eliminacyjnej, dietetoterapia w jednostce chorobowej)

Obecna masa ciała: Wzrost:

Co jest dla najtrudniejsze w żywieniu dziecka?

Jaka jest motywacja do zmian w żywieniu opiekuna i dziecka (w skali od 1 do 10)?

Jakie są oczekiwania w stosunku do dietetyka?

Czy obecnie dziecko stosuje jakąś dietę? Jeśli tak to jaką, od jak dawna, kto ją zalecił?

Czy w przeszłości dziecko stosowało jakąś dietę? Jeśli tak to jaką, przez jaki okres, kto ją zalecił i z jakim skutkiem?

# STYL ŻYCIA

Czy dziecko uczęszcza do żłobka/przedszkola/szkoły? Czy spożywa posiłki przygotowane w placówce? Jeśli tak to które?

Czy w placówce istnieje możliwość zamówienia diety specjalnej (np. bezglutenowej) lub przynoszenia własnych posiłków?

Jak zwyczajowo dziecko spędza wolny czas?

Ile godzin dziennie dziecko śpi? O której wstaje, o której kładzie się spać?

Czy budzi się wypoczęte?

Ile czasu dziecko poświęca na aktywność fizyczną w tygodniu? Jaka jest to aktywność, jak wyglądają treningi jeśli występują?

Czy dziecko często się stresuje? Jak reaguje na stres? Czy wpływa on na zachowania żywieniowe?

# ŻYWIENIE

Ile posiłków dziecko jada w ciągu dnia? W jakich godzinach? Czy część posiłków jest zabierana w pudełkach do przedszkola/szkoły?

Czy dziecko jada na mieście? Jak często? Jakie potrawy wybiera?

Czy w weekendy żywienie różni się od tego w dni powszednie?

Czy dziecko spożywa coś pomiędzy posiłkami? Jeśli tak to co najczęściej?

Czy dziecko jest śpiące po posiłku?

Czy pije herbatę? Jaką, jak często, czy z cukrem?

Czy pije napoje energetyczne, napoje gazowane, nektary, napoje owocowe i soki? Jakie i jak często?

Czy w domu korzysta się z gotowych produktów? Jeśli tak to jakich?

Ile posiłków w ciągu dnia są w stanie Państwo przygotować od podstaw?

Jakie produkty dziecko najbardziej lubi?

Co chciałoby żeby znalazło się w sposób szczególny w diecie?

Jakich produktów nie lubi?

Czy są jakieś produkty po których czuje się źle? Jakie są to objawy?

Czy w diecie dziecka wyeliminowana jest jakaś grupa produktów (np. mięso, ryby, nabiał, jaja, rośliny strączkowe i itp.)? Jeśli tak to dlaczego?

# STAN ZDROWIA

Czy dziecko było urodzone w terminie? Naturalnie czy przez cesarskie cięcie?

Czy dziecko było karmione piersią? Jeśli tak to jak długo?

Czy dziecko choruje przewlekle? (np. na cukrzycę, nadwagę/otyłość, autyzm, ADHD, alergie itp.)

Czy przyjmuje leki lub suplementy? Jakie, w jakich dawkach, od jak dawna?

Czy ma alergie wziewne lub pokarmowe?

Czy któryś z rodziców jest alergikiem? Jeśli tak to na co jest uczulony?

Jeśli dziecko jest alergikiem, to czy zostało przeprowadzone odczulanie? Jaką metodą (immunoterapia, biorezonans)? W jakich latach i na jakie alergeny?

Czy ma nietolerancje pokarmowe?

Czy często choruje/przeziębia się?

Proszę określić w czteropunkowej skali jak często występują u dziecka podane niżej objawy (gdzie 0 – nie występują, 1 – rzadko, 2 – często, 3 – bardzo często)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJAWY** | **JAK CZĘSTO** | **OBJAWY** | **JAK CZĘSTO** |
| nawracające zapalenie spojówek |  | opuchnięcie twarzy |  |
| nadmierna potliwość |  | katar |  |
| bóle głowy |  | stany zapalne zatok |  |
| migreny |  | wypryski skórne |  |
| bezsenność/ problemy ze snem |  | świąd skóry |  |
| lęki |  | trądzik |  |
| płaczliwość |  | próchnica |  |
| senność poposiłkowa |  | bóle mięśni |  |
| problemy z koncentracją |  | obrzęki stawów |  |
| bóle brzucha |  | bóle kostno-stawowe |  |
| zgaga  |  | obfite miesiączki (jeśli już występują) |  |
| biegunki |  | zespół napięcia przedmiesiączkowego |  |
| zaparcia |  | kołatanie serca |  |
| wzdęcia |  | problemy z pamięcią |  |
| niestrawność |  | niedowaga |  |
| zatrzymywanie wody w organizmie |  | nadwaga/otyłość |  |
| świąd odbytu |  | inne (jakie?): |  |

Proszę określić czy u dziecka występują wymienione niżej objawy przewlekłe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJAWY** | **CZY WYSTĘPUJE** | **OBJAWY** | **CZY WYSTĘPUJE** |
| depresja |  | suchość skóry |  |
| przewlekłe zmęczenie |  | ziemista / szara cera |  |
| zespół jelita nadwrażliwego |  | łamliwość włosów i paznokci |  |
| problemy z masą ciała |  | cienie pod oczami |  |
| zaburzenia cyklu miesiączkowego |  | inne (jakie?): |  |
| torbiele piersi, macicy |  | inne (jakie?): |  |
| przewlekły kaszel |  | inne (jakie?): |  |

Czy posiadają Państwo aktualne wyniki badań dziecka (z ostatniego roku)? Może Pani/Pan przepisać wyniki, pamiętając o jednostkach i wartościach referencyjnych (które mogą się różnić dla poszczególnych laboratoriów) lub dołączyć pliki.

 (np. morfologia, glukoza i insulina na czczo, krzywa cukrowa i insulinowa, wapń, potas, sód, ALT, AST, cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy, TSH, fT3, fT4, anty-TPO, anty-TG, żelazo, ferrytyna, witamina D, witamina B12, homocysteina, kortyzol, , hs-CRP, IgE całkowite, prolaktyna, kwas moczowy, kreatyninga eGFR, analiza ogólna moczu i inne)

Czy ktoś z rodziny dziecka chorował przewlekle? Jeśli tak to proszę napisać na jakie choroby?

(pytanie jedynie dla dziewczynek) Czy córka miesiączkuje regularnie? Co ile dni? Czy miesiączki są bolesne lub bardzo obfite?

(pytanie jedynie dla dziewczynek) W jakim wieku córka zaczęła miesiączkować?

Proszę dokładnie wypełnić poniższe pola dotyczące pracy przewodu pokarmowego

|  |  |
| --- | --- |
| **Częstość wypróżnień** *(jak często, jaka forma, czy całkowite, biegunka, zaparcia)* |  |
| **Wzdęcia po posiłku** *(mam, nie mam, jak często się pojawiają, po jakich produktach się pojawiają)* |  |
| **Zapach stolca jest nieprzyjemny i drażniący** *(tak, nie; jaki zapach – kwaśny, metaliczny, siarkowy, cuchnący, inny)* |  |
| **Barwa stolca** *(brązowa, zielona, jasna, żółta, inna)* |  |
| **Krew w stolcu** *(tak, nie, była w przeszłości)***Mam „strzelające” stolce** *(tak, nie; po jakich produktach)* |  |
| **Częstość przyjmowania antybiotyków**  |  |
| **Nudności, wymioty** *(mam, nie mam, jak często się pojawiają, po jakich produktach)* |  |
| **Wybiórczość pokarmowa** *(jest/ nie ma/ jakich produktów i konsystencji dotyczy)* |  |
| **Apetyt** *(jest/ nie ma)* |  |

# DZIENNIK ŻYWIENIOWY

Proszę prowadzić **dziennik żywieniowy** przez 3 kolejne dni (najlepiej obejmujące jeden dzień weekendowy) w celu oceny żywienia.

* Godzina spożycia: godzina, o której został spożyty dany posiłek.
* Rodzaj posiłku i miejsce spożycia: I śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja, przekąska/„pojadanie” oraz np. dom, restauracja, miejsce pracy, na spacerze itd.
* Spożyte produkty/potrawy: należy wymienić wszystkie produkty lub potrawy spożywane na określony posiłek, zaznaczając przy tym **sposób przyrządzania potraw** (np. gotowane, smażone, duszone, pieczone, typu *fast food*, gotowe danie) oraz w miarę możliwości **rodzaj użytych produktów** (np. w przypadku drobiu należy określić które części zostały spożyte – udo, pierś, skrzydełko). W przypadku potraw należy podać **skład dań** (np. składniki zup). Ważne jest, aby wpisać wszystkie potrawy, również przekąski oraz wszystkie napoje, zażywane leki, gumy do żucia.
* Ilość: w miarę możliwości należy zapisać wielkość porcji poszczególnych produktów lub potraw wyrażane w gramach (lub miarach domowych), np. 150 gram jogurtu, 250 ml soku itd.;
* Samopoczucie: proszę każdego dnia krótko opisać ogólne samopoczucie dziecka, zmęczenie, ewentualne bóle oraz wszelkie objawy/dolegliwości i uwagi, jakie zostaną zgłoszone przez dziecko

**DZIEŃ 1**, data i dzień tygodnia:
Godzina, o której dziecko wstało:

Godzina, o której dziecko położyło się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

**DZIEŃ 2**, data i dzień tygodnia:
Godzina, o której dziecko wstało:

Godzina, o której dziecko położyło się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

**DZIEŃ 3**, data i dzień tygodnia:
Godzina, o której dziecko wstało:

Godzina, o której dziecko położyło się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

Dziękujemy za wypełnienie formularza!

Prosimy o odesłanie go na poradnia@cambridge-diagnostics.pl

minimum 2 dni przed umówioną konsultacją