

WYWIAD ZDROWOTNO – ŻYWIENIOWY

DZIECKA



DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko rodzica wypełniającego ankietę.....

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka.....

DANE ANTROPOMETRYCZNE (pomiar na wizycie)

Aktualne masa ciała.....

Aktualny wzrost.....

Obwód pasa.....

Obwód bioder.....

Dodatkowe parametry.....

AKTYWNOŚĆ

1. O której godzinie dziecko kładzie się spać ?

.....

2. O której godzinie dziecko rano wstaje ?

- w ciągu tygodnia.....

- w weekendy.....

3. Czy Pani/Pana dziecko uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego w szkole/ zajęciach ruchowych w przedszkolu? (jeżeli nie, proszę podać przyczynę zwolnienia)

.....

.....

4. Czy Pani/Pana dziecko poza zajęciami sportowymi w placówce szkolnej/przedszkolnej uprawia sport? Jeżeli tak, proszę podać rodzaj, ile razy w tygodniu, po ile minut.

.....

.....

5. Jak ocenia Pani/Pan poziom aktywności ruchowej swojego dziecka? Proszę wybrać jedną odpowiedź (zaznaczyć lub podkreślić):

- porównywalny z rówieśnikami
- mniej aktywny w porównaniu z rówieśnikami
- bardziej aktywny niż rówieśnicy

STAN ZDROWIA DZIECKA

6. Choroby przewlekłe, metaboliczne, autoimmunologiczne występujące u dziecka, kiedy zdiagnozowane:

.....
.....

7. Jak ocenia Pani/Pan ogólny stan zdrowia swojego dziecka (choroby wirusowe, bakteryjne)? Proszę wybrać jedną odpowiedź:

- moje dziecko prawie w ogóle nie choruje
- moje dziecko rzadko choruje
- moje dziecko bardzo często choruje na

8. Czy Pani/Pana dziecko miewa następujące problemy trawienne (jak często):

- Biegunki - często rzadko wcale
- Zaparcia - często rzadko wcale
- Wymioty - często rzadko wcale
- Wzdęcia - często rzadko wcale
- Zgaga - często rzadko wcale

9. Występujące alergie/nietolerancje pokarmowe u dziecka:

.....
.....

10. Dodatkowe uwagi na temat stanu zdrowia:

.....
.....
.....

11. Jakie leki (stale lub okresowo) lub suplementy diety i w jakich dawkach dziecko przyjmuje:

.....
.....

12. Powód konsultacji dietetycznej:

.....

13. Oczekiwane efekty/ rezultaty współpracy z dietetykiem:

.....

ŻYWIENIE

14. Proszę wymienić składniki żywieniowe z poszczególnych grup, które Pani/Pana dziecko **lubi** i spożywa:

- warzywa:.....

- owoce:

- mięso:
- nabiał:
- ryby:
- owoce/warzywa suszone:
- rośliny strączkowe np. groch, fasola:.....
- napoje:

15. Proszę wymienić składniki żywieniowe z poszczególnych grup, których Pani/Pana dziecko **nie lubi** i nie spożywa:

- warzywa:.....
- owoce:
- mięso:
- nabiał:
- ryby.....
- owoce/warzywa suszone:
- rośliny strączkowe np. groch, fasola:.....
- napoje:

16. Jakie Pani/Pana dziecko spożywa słodczyce i w jakiej ilości?

- dziennie:.....
-
- tygodniowo:.....
-

17. Jak często Pani/Pana dziecko spożywa smażone potrawy?

.....

18. Jakiego tłuszczu używa Pani/Pan do smażenia potraw ?(oliwa z oliwek, olej z pierwszego tłoczenia, margaryna, masło, smalec)

.....

19. Ile razy w ciągu dnia lub tygodnia Pani/Pana dziecko spożywa warzywa?

.....

20. Ile razy w ciągu dnia lub tygodnia Pani/Pana dziecko spożywa owoce?

.....

21. Ile razy w tygodniu Pani/Pana dziecko spożywa ryby? Jaki rodzaj i w jakiej postaci?

.....

22. Które z wymienionych produktów spożywa Pani/Pana dziecko i ile razy w ciągu tygodnia?

- ziemniaki.....
- kasze, ryże (rodzaj).....

- makarony, kluski, pierogi, naleśniki itp.:.....

23. Jakie płyny (woda, soki, napoje owocowe, napoje gazowane, herbata, kawa) Pani/Pana dziecko pije w ciągu dnia? Proszę je wymienić i podać orientacyjną ilość (np. 0,5 litra mleka, 2 szklanki wody).

.....
.....
.....
.....

24. Czy dziecko spożywa żywność typu „fast food” (np. hamburgery, nuggetsy, frytki, kebab, pizza) w restauracjach / barach szybkiej obsługi?

- tak
- nie

Jeśli TAK, to jak często?

- 1-2 razy w tygodniu
- 1-2 razy w miesiącu
- raz na 3 miesiące
- raz na pół roku
- inaczej, jak?

25. Jakie techniki kulinarne stosuje Pani/Pan w domowej kuchni (zaprawianie zup, sosów, gotowanie, smażenie, pieczenie, grillowanie, duszenie, inne/jakie)?:

.....
.....

26. Z jakich produktów spożywczych Pani/Pana dziecko nie jest w stanie zrezygnować?

.....
.....
.....

27. Kiedy w ciągu dnia Pani/Pana dziecko spożywa najwięcej posiłków (rano, w południe, popołudniu, wieczorem, przed snem):

.....

28. Czy analizuje Pani/Pan jadłospis przedszkolny/obiadów szkolnych (jeżeli dziecko korzysta)? Czy macie do niego jakieś uwagi, np. zbyt często pojawia się....., zbyt rzadko są potrawy ...

.....
.....
.....

INFORACJE DODATKOWE

29. Czy wśród najbliższych członków rodziny dziecka występuje nadwaga lub otyłość? cukrzycy typu II, nadciśnienia, hipercholesterolemii? Jeśli tak, proszę podać stopień pokrewieństwa ?

.....
.....

30. Czy wśród najbliższych członków rodziny dziecka występują choroby przewlekłe, metaboliczne: cukrzyca typu II, nadciśnienia, hipercholesterolemii i in.? Jeśli tak, proszę podać stopień pokrewieństwa i rodzaj choroby ?

.....
.....

31. Czy wśród najbliższych członków rodziny dziecka występują choroby autoimmunologiczne (celiakia, cukrzyca typu 1, choroby tarczycy, reumatoidalne zapalenie stawów? Jeśli tak, proszę podać stopień pokrewieństwa i rodzaj choroby ?

.....
.....

Szanowni Państwo,

Brak kompletu informacji o stanie zdrowia lub zatajenie istotnych szczegółów na jego temat może skutkować niepożądanymi efektami wdrożonych zaleceń oraz zaproponowanej dietoterapii.

Udzielona porada nie zwalnia ze stosowania dotychczasowej farmakoterapii i leczenia wdrożonego przez lekarzy specjalistów. O zaproponowanych zaleceniach dietetycznych należy poinformować lekarza na najbliższej wizycie.