



zdrowie  
medycyna funkcjonalna  
dietetyka kliniczna

**Naczynia  
połączone**

Agata Rafalska

## KWESTIONARIUSZ:






















<b>DANE PODSTAWOWE</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>TELEFON</b>	
<b>WIEK</b>	
<b>WZROST</b>	
<b>WAGA</b>	
Jaka jest Twoja wymarzona waga? Czy kiedyś już tyle ważyłeś?	
Jakie są Twoje wymiary? Uzupełnij, jeśli masz na celu schudnięcie lub przytycie oraz jeśli masz podejrzenie chorób metabolicznych: 1. Klatka piersiowa 2. Talia 3. Brzuch na wysokości pępka 4. Biodra w najszerszym miejscu 5. Udo 6. Łydka	
<b>TWOJE OCZEKIWANIA</b>	
Jaki jest powód konsultacji? Na czym chcesz się głównie skupić?	
Co obecnie jest dla Ciebie największym problemem zdrowotnym? Która dolegliwość najbardziej daje Ci się we znaki?	
Czego oczekujesz po naszej rozmowie? :)	
Czy jesteś skłonny podjąć dietę eliminacyjną? (w szczególności dotyczy to glutenu, żywności wysoko przetworzonej, przemysłowego nabiału, w zależności od przypadku również innych produktów)	

<b>TWOJA HISTORIA</b>	
Czy cierpisz na jakąś chorobę genetyczną? Jaką?	
W jaki sposób przyszedłeś na świat? Naturalnie, cięcie cesarskie, próżnościąg, itp.	
Jak przebiegała ciąża z Tobą?	
Czy byłeś karmiony piersią? Ile czasu?	
Wychowywałeś się na wsi czy w mieście?	
Czy masz rodzeństwo? Którym dzieckiem z kolei jesteś? Jaka jest między Wami różnica wieku?	
Jak często w dzieciństwie podawano Ci antybiotyki?	
Czy w dzieciństwie stosowałeś przewlekle jakieś leki lub suplementy? Z jakiego powodu?	
Jakie dolegliwości w dzieciństwie dawały Ci się we znaki?	
Czy jako dziecko przeżyłeś jakąś traumę?	
Czy i jakie choroby zakaźne przeszedłeś?	
Czy przeszedłeś w życiu jakieś operacje? Jakie?	
Od czego rozpoczęły się Twoje dolegliwości?	
Czy łączysz początek dolegliwości z jakimś wydarzeniem w swoim życiu? Zastanów się, to ważna informacja, nie musi to być obiektywnie ważne wydarzenie, liczy się Twój jego odbiór.	
Informacje dodatkowe	
<b>TWÓJ DZIEŃ</b>	
Ile osób masz na utrzymaniu, czy opiekujesz się małymi dziećmi i jak to wpływa na Twoją organizację czasu przeznaczanego na przygotowywanie sobie jedzenia i sposób spożywania posiłków?	
Jak wygląda Twój plan dnia? (O której wstajesz, o której wychodzisz do pracy/szkoły, o której wracasz, o której zasypiasz, ile czasu śpisz?)	
Czy pracujesz na zmiany? Jeśli tak - jak to wygląda?	
Czy dobrze śpisz? Czy po przebudzeniu czujesz się wyspany?	
Czy wybudzasz się w nocy? Czy wiesz dlaczego?	

Jaki jest Twój poziom energii od 0 do 5: - rano krótko po wstaniu - koło południa - popołudniu - wieczorem	
<b>BADANIA I LEKI</b>	
Wymień wszystkie leki, jakie przyjmujesz wraz z dawkami (również antykoncepcyjne, homeopatyczne, ziołowe)	
Czy dotychczasowe leczenie Twoich chorób przynosi efekty? Jakiej?	
Wymień wszystkie suplementy, jakie przyjmujesz łącznie z dawkami (witaminy, minerały, herbatki przeczyszczające, odchudzające, mięta, melisa i inne herbatki ziołowe, błonnik, itp.)	
Czy jesteś pod opieką lekarza? Jakiej specjalizacji?	
Czy jesteś pod opieką fizjoterapeuty lub innego specjalisty?	
Jakie są zalecenia specjalistów odnośnie Twojego stylu życia?	
<b>UWAGI, DODATKOWE INFORMACJE</b>	
<b>TWOJE ZDROWIE</b>	
<b>UKŁAD ODPORNOŚCIOWY</b>	
Nowotwory	
Powracające infekcje	
Choroba Hashimoto	
Choroba Gravesa-Basedowa	
Choroba Leśniowskiego-Crohna	
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	
Mikroskopowe zapalenie jelita grubego	
Celiakia	
Cukrzyca typu I	
Twardzina układowa	
Toczeń rumieniowaty układowy	
Zespół antyfosfolipidowy	

Łuszczyca, łuszczycowe zapalenie stawów	
Zespół Sjorgena	
Niedokrwistość Addisona-Biermera	
Inne choroby autoimmunizacyjne i dolegliwości ze strony układu odpornościowego	
Dodatkowe informacje	
<b>ALERGIE</b>	
Alergie wziewne i pokarmowe IgE – na co?	
Jakie objawy występują po kontakcie z alergenem?	
Alergie pokarmowe IgG i IgA – na co?	
Jakie objawy występują po spożyciu pokarmów, których nie tolerujesz?	
Astma	
Swędzenie	
Pokrzywka	
Wysypka alergiczna Jaka? W którym miejscu?	
Obrzęki/puchnięcie (jako reakcja alergiczna)	
Reakcja anafilaktyczna	
Reakcje na chemię i kosmetyki	
Inne reakcje alergiczne	
<b>INFEKCJE</b>	
Borelioza	
Koinfekcje (babeszjoza, chlamydioza, bartonelloza, itd.)	
Cytomegalia (CMV)	
Mononukleoza (EBV)	
Wirusowe zapalenie wątroby	
Wirus opryszczki	
Helicobacter Pylori	
Clostridium Difficile	
Candida, inne grzybice	
Yersinia enterocolitica	
E.coli, salmonella, shigella, campylobacter	
Infekcja pasożytnicza – jaka?	
ZUM	
Inne infekcje – jakie?	
Jakie są/były objawy tych infekcji?	

## UKŁAD POKARMOWY

Czy zdiagnozowano u Ciebie tzw. „zespół jelita drażliwego”?															
Czy przeprowadzona została u Ciebie diagnostyka w kierunku SIBO? Jaka? Kiedy?															
O jakiej porze doby pojawiają się objawy? Czy są związane z posiłkami lub wysiłkiem fizycznym?															
Biegunki															
Zaparcia															
Wzdęcia, gazy, wzdęcia bez gazów															
Gazy lub oddech o zapachu zgniłego jaja															
Jak często się wypróżniasz?															
Czy czujesz ból lub dyskomfort przy wypróżnianiu?															
Jakiego koloru jest Twój stolec?															
Czy w stolcu widoczne są niestrawione resztki pokarmów lub coś innego, co Cię niepokoi?															
Jakiej konsystencji jest Twój stolec? (opisz/ocień wg Bristolskiej skali stolca)															
<p><b>Bristolska skala uformowania stolca</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Typ 1 </td> <td>Pojedyncze zbita grudki podobne do orzechów, trudne do wydalenia</td> </tr> <tr> <td>Typ 2 </td> <td>Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty</td> </tr> <tr> <td>Typ 3 </td> <td>Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni</td> </tr> <tr> <td>Typ 4 </td> <td>Smukły, węzowaty stolec, gładki i miękki</td> </tr> <tr> <td>Typ 5 </td> <td>Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie</td> </tr> <tr> <td>Typ 6 </td> <td>Klaczaste kawałki z postrzępionymi krawędziami</td> </tr> <tr> <td>Typ 7 </td> <td>Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)</td> </tr> </table>	Typ 1 	Pojedyncze zbita grudki podobne do orzechów, trudne do wydalenia	Typ 2 	Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty	Typ 3 	Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni	Typ 4 	Smukły, węzowaty stolec, gładki i miękki	Typ 5 	Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie	Typ 6 	Klaczaste kawałki z postrzępionymi krawędziami	Typ 7 	Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)	
Typ 1 	Pojedyncze zbita grudki podobne do orzechów, trudne do wydalenia														
Typ 2 	Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty														
Typ 3 	Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni														
Typ 4 	Smukły, węzowaty stolec, gładki i miękki														
Typ 5 	Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie														
Typ 6 	Klaczaste kawałki z postrzępionymi krawędziami														
Typ 7 	Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)														
Czy bywa, że odczuwasz natychmiastową potrzebę wypróżnienia?															
Czy pojawia się popuszczanie/nietrzymanie kału?															
Bóle brzucha – w którym miejscu?															
Ciężkość w nadbrzuszu															
Przelewanie w brzuchu															
Burczenie w brzuchu															
Napięcie brzucha															

Uczucie pełności	
Mdłości	
Odbijanie	
Refluks/zgaga	
Kolki wątrobowe	
Nieświeży oddech	
Nalot na języku Jakiego koloru? Kiedy się pojawia?	
Język geograficzny, inne zmiany na języku	
Choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, przełyku	
Choroby wątroby – jakie?	
Mdłości	
Odbijanie	
Refluks/zgaga	
Kolki wątrobowe	
Czy łączysz jakieś dolegliwości ze spożywanym pokarmem?	
Co powoduje, że symptomy maleją lub stają się bardziej dokuczliwe?	
Inne dolegliwości układu pokarmowego	
<b>EMOCJE, ZMYŚŁY, UKŁAD NERWOWY</b>	
Zespół przewlekłego zmęczenia	
Problemy z pamięcią/koncentracją	
Autyzm/zespół Aspergera	
Ociężałość	
Migreny	
Zawroty głowy	
Epilepsja	
Depresja	
Schizofrenia	
Nerwica	
Dystymia (przewlekły stan obniżonego nastroju) – od kiedy?	
Stany lękowe/ataki paniki	
Niskie poczucie własnej wartości	
Agresja	
Płaczliwość	
Zaburzenia wzroku/choroby oczu	

Zaburzenia słuchu	
Zaburzenia węchu	
Zaburzenia smaku	
Uczucie braku równowagi, zaburzenia koordynacji	
Jaka jest Twoja odporność na stres? W skali 1-5.	
Czy masz stresującą pracę? W skali 1-5.	
Inne choroby o podłożu psychicznym lub neurologicznym	
<b>SKÓRA, WŁOSY, PAZNOKCIE</b>	
Trądzik pospolity	
Trądzik różowaty	
Pokrzywka	
Łupież	
Wypadanie włosów	
Bardzo sucha skóra	
Ciągłe swędzenie skóry	
Wysypki Jakie? W którym miejscu?	
Inne choroby skóry – jakie?	
Łamliwe paznokcie, białe ślady na płytce	
Inne – jakie?	
<b>JAMA USTNA, ZĘBY, GARDŁO, ZATOKI</b>	
Bezdech senny, chrapanie	
Zgrzytanie zębami	
Zaciskanie zębów	
Próchnica	
Parodontoza	
Leczenie kanałowe	
Plomby amalgmatowe	
Krzywy zgryz	
Choroby przyzębia	
Nieokreślone bóle zębów	
Problemy z dziąsłami	
Afty	
Zajady	
Anginy – jak często?	
Przewlekłe lub często nawracające zapalenia	

gardła	
Zapalenia zatok	
Ciągły, lejący katar	
Polipy nosa lub zatok	
Problemy z migdałkami – opisz	
Przeziębienia – jak często?	
Inne – jakie?	
<b>HORMONY, METABOLIZM, GOSPODARKA CUKROWA</b>	
Objętość i stan Twojej tarczycy	
Nadczynność tarczycy	
Niedoczynność tarczycy	
Szybkie przybieranie na wadze „bez powodu”	
Szybkie chudnięcie „bez powodu”	
Ciągłe uczucie zimna	
Wypadanie włosów	
Zatrzymywanie wody w organizmie	
Nadmierne pocenie, brak potu	
Niepłodność	
Zaburzenia libido	
Sucha skóra, wysuszone łokcie lub kolana	
Cukrzyca typu II	
Insulinooporność	
Hipoglikemia reaktywna	
Inne – jakie?	
<b>KOBIETY</b>	
Czy planujesz ciążę?	
Czy jesteś w ciąży?	
Czy karmisz/karmiłaś piersią?	
Ile razy byłaś w ciąży i w jakich odstępach?	
W jakim wieku są Twoje dzieci?	
Twoje samopoczucie podczas ciąż(y)	
Czy podczas ciąż(y) wystąpiły jakieś komplikacje? Jakie?	
W jaki sposób urodziłaś?	
Czy podczas porodu/ów miały miejsce jakieś komplikacje?	
Endometrioza	
PCO/PCOS	



Hirsutyzm	
Upławy – opisz	
Nawracające infekcje intymne	
Grzybica pochwy	
Zespół napięcia przedmiesiączkowego – jakie są objawy?	
Bolesne miesiączki	
Nieregularne miesiączki	
Brak miesiączki	
Ile dni trwa Twój cykl?	
Obfite miesiączki	
Wulwodynia (idiopatyczne bóle i dyskomfort w pochwie, szczególnie klucie, palenie, uczucie podrażnienia)	
Menopauza – opisz dokuczliwe objawy	
Inne – jakie?	
<b>MĘŻCZYŹNI</b>	
Czy w najbliższym czasie planujesz zostać ojcem?	
Zaburzenia wzrodu	
Zmniejszenie objętości jąder	
Ginekomastia (powiększenie gruczołów piersiowych)	
Zmniejszenie owłosienia ciała	
Problemy z prostatą – opisz	
Inne – jakie?	
<b>UKŁAD KRWIONOŚNY</b>	
Nadciśnienie	
Niedociśnienie	
Trudno gojące się rany	
Krwotoki	
Miażdżyca	
Tachykardia lub bradykardia	
Choroby serca	
Zakrzepica	
Inne schorzenia układu krwionośnego	
<b>UKŁAD MOCZOWY</b>	
Choroby nerek – jakie?	
Krwiomocz	

Nietrzymanie moczu	
Parcie na pęcherz	
Potrzeba częstego oddawania moczu	
Nokturia (wstawanie za potrzebą w nocy)	
Moczenie nocne	
ZUM	
Inne dolegliwości i choroby układu moczowego	
<b>KOŚCI, STAWY, MIĘŚNIE</b>	
Bóle stawowe i mięśniowe Ciągłe czy zmienne (np. raz jedno kolano, raz drugie)? W których stawach?	
Skrzywienia kręgosłupa	
Osteopenia/osteoporoza	
Inne problemy z układem kostnym – jakie?	
Osłabienie siły mięśniowej	
Skacząca powieka	
Zespół niespokojnych nóg	
Dna moczanowa	
Inne schorzenia układów kostno-stawowego i mięśniowego	
<b>INNE DOLEGLIWOŚCI, UWAGI DODATKOWE</b>	
<b>CHOROBY W RODZINIE</b>	
<b>CZY KTOŚ Z TWOJEJ RODZINY CIERPIAŁ NA KTÓRĄŚ Z WYMIENIONYCH DOLEGLIWOŚCI? (PODAJ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA)</b>	
Choroby genetyczne (hemofilia, mukowiscydoza, zespół Downa, inne)	
Choroba autoimmunologiczna (choroba Crohna, WZJG, RZS, toczeń rumieniowaty, łuszczyca, Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, celiakia, cukrzyca typu I, zespół Sjorgena, inne)	
Cukrzyca typu II	
Zespół jelita drażliwego/SIBO/inne schorzenia układu pokarmowego, w tym żołądka, wątroby, trzustki, woreczka żółciowego	
Nowotwory – podaj szczegóły	
Choroby tarczycy – jakie?	
Choroby skóry – jakie?	

Hipercholesterolemia, miażdżyca, nadciśnienie, niedociśnienie inne choroby układu krążenia, choroby serca – jakie?	
PCOS	
Astma, alergie/nietolerancje – na co?	
Bóle stawowe, dna moczanowa	
Choroby układu kostnego – jakie?	
Choroby nerek – jakie?	
Problemy natury psychicznej – jakie?	
Autyzm, zespół Aspergera	
Inne – jakie?	
<b>ODŻYWIANIE</b>	
Czy stosowałaś kiedyś restrykcyjne diety typu Dukan, South Beach, kapuściana, głodówki itp?	
Z jakim efektem?	
Dlaczego przerwałaś?	
Ile jesz posiłków dziennie?	
W jakich odstępach czasu?	
Czy jesz do syta?	
Czy jesz między posiłkami? Co przegryzasz?	
Czy jesteś "ciągle głodny"?	
Oceń swój przeciętny apetyt w skali od 1 (bardzo mały, jem z rozsądku) do 5 (bardzo duży, zjem konia z kopytami).	
Czy odczuwasz spadki energii po posiłku?	
Czy cierpiełaś kiedyś lub cierpisz teraz na zaburzenia odżywiania? Jakie? Od jakiego czasu?	
Czy miewasz wilczy głód? W jakich okolicznościach?	
Czy miewasz napady żarłoczności (zachowania kompulsywne)?	
Czy w nocy budzi Cię głód?	
Czy cierpisz lub cierpiełaś na zaburzenia odżywiania? Jakie?	
Czy lubisz gotować? Czy lubisz eksperymentować w kuchni?	
Jakie sposoby obróbki preferujesz: gotowanie, gotowanie na parze, duszenie, pieczenie, smażenie, surowe, mikrofala	
Ile czasu możesz/chcesz spędzić na przygotowywaniu posiłków i w jakim rytmie?	

(codziennie, co drugi dzień, raz w tygodniu itp.)	
Ile jesz dziennie owoców – jakie?	
Ile jesz dziennie warzyw – jakie?	
Czy jesz strączki – jakie, ile?	
Czy jesz mięso, podroby – jakie, ile?	
Czy jadasz kasze, chleby, produkty mączne – jakie, ile?	
Czy jadasz nabiał/pijesz mleko – jaki, ile?	
Jakich tłuszczów i do czego używasz? Ile?	
Czy odczuwasz ciągle pragnienie?	
Ile dziennie, co i kiedy pijesz? Słodzisz? Czym?	
Ile jesz słodczy? Jakie?	
Czy pijesz kawę? Ile?	
Czy pijesz alkohol? Ile?	
Czy palisz papierosy? Ile?	
Inne używki (jakie?)	
Wypisz swoje ulubione produkty	
Wypisz produkty, których nie lubisz	
Wypisz produkty, na które masz alergię/nietolerancję	

## AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

<p>Jaki prowadzisz tryb życia?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nie ruszam się wcale</li> <li>- jestem mało aktywny (spacery z psem, na zakupy, czasem spacer rodzinny, rekreacyjny nordic walking, joga, rekreacyjna przejażdżka rowerem, itp.)</li> <li>- jestem średnio aktywny (ćwiczę 1-3 razy w tygodniu po 30-60 minut, joga, fitness, siłownia, rower, bieganie, Ewa Chodakowska itp.)</li> <li>- jestem bardzo aktywny (ćwiczę niemal codziennie po 30-60 minut lub więcej)</li> </ul>	
Opisz dokładnie, na czym polega Twoja aktywność (Co ćwiczysz? Ile czasu dziennie? Ile razy w tygodniu?)	
Dlaczego tyle? Chciałabyś mniej lub więcej?	
Jak wygląda Twój ruch niskopoziomowy? (spacery, energiczne odkurzanie, używanie schodów zamiast windy, chodzenie po zakupy, jazda na rowerze, ale nie sportowa)	
Czy masz jakieś przeciwwskazania do aktywności ruchowej?	

## OTOCZENIE

Jakie jest Twój rodzaj pracy? W jakich warunkach pracujesz? (klimatyzacja, okno, ruch, komputer, przerwy w pracy)	
Jakiego używasz mydła do ciała i do rąk?	
Jakiego używasz szamponu/odżywek do włosów? Czy farbujesz włosy? Czym?	
Jakiego używasz dezodorantu?	
Jakiej używasz pasty do zębów?	
Jakich kosmetyków używasz? (wymień wszystko: balsamy, kremy, makijaż, inne)	
Jakich używasz środków czystości? (Proszków do prania, płynów do płukania, płynu do naczyń, proszku do zmywarki, płyny do podłogi, sanitariów, kostki toaletowe)	
Czy używasz odświeżaczy powietrza? Jakich?	
Jakich innych środków czystości używasz w domu? (płyny do polerowania mebli, pasta do podłogi, itd.)	
Czy używasz odświeżaczy powietrza? (jakich?)	
Czy używasz kadzidełek lub olejków eterycznych? (Jakich? W jaki sposób?)	
Inne (jakie?)	

## ZMIANY

Czy masz energię na większe zmiany, czy wolisz wprowadzać je małymi krokami?	
Jak szybko chcesz wprowadzać kolejne zmiany?	
Zmiany w jakim obszarze wydają się dla Ciebie <b>najłatwiejsze</b> do wprowadzenia?	
Zmiany w jakim obszarze wydają się dla Ciebie <b>najtrudniejsze</b> do wprowadzenia?	
Od czego chcesz zacząć?	

## CZY CHCESZ COŚ DODAĆ?

--

## OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na udzielenie porady dietetycznej i przetwarzanie moich danych osobowych (w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych: Dz. U. nr 133/97 poz. 883) oraz wykorzystanie ich przez Agatę Rafalską (Naczynia Połączone) na potrzeby konsultacji i ułożenia diety.
2. Oświadczam, że wyczerpująco i zgodnie z prawdą udzieliłem wszystkich informacji na temat mojego stanu zdrowia.
3. Oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, iż konsultacja oraz zalecenia mają charakter edukacyjno-informacyjny i nie zastępują porady lekarskiej.
4. Oświadczam, że przyjąłem do wiadomości, iż stosowanie zalecanej diety i suplementacji jest dobrowolne i na własną odpowiedzialność stosującego oraz że stosowanie się do zaleceń nie gwarantuje osiągnięcia założonych celów, z racji na to, iż nie jest możliwe określenie wszystkich współistniejących czynników, mających wpływ na powodzenie terapii. W oparciu o podane przez pacjenta informacje, sonda udzielająca porady dołożyła wszelkich starań, aby W razie wątpliwości co do stanu zdrowia oraz ewentualnych przeciwwskazań do stosowania zaleceń należy zasięgnąć porady lekarskiej.
5. Zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie maili od [naczyniapolaczone@wp.pl](mailto:naczyniapolaczone@wp.pl)

.....  
Czytelny podpis, data