

## KWESTIONARIUSZ

### Przed konsultacją z dietetykiem

Prosimy o wpisanie odpowiedzi lub wybranie właściwego dla siebie wariantu.  
O ile pytanie nie wskazuje innej możliwości, prosimy o wybranie jednej odpowiedzi.

#### Informacje ogólne

Wiek: .....

(tylko dla kobiet)

Proszę podać obecną masę ciała:

kg

Płeć:

Czy jesteś w ciąży?

Proszę podać obecny wzrost:

cm

kobieta

Tak

Wartość BMI (BMI = masa ciała [kg]/wzrost [m]^2)

kg/m<sup>2</sup>

mężczyzna

Nie

Proszę podać obecny obwód pasa

cm

inna

Nie wiem

Proszę podać obecny obwód bioder

cm

Nie chcę odpowiadać na to pytanie

#### Ogólny stan zdrowia

Proszę wypisać, które z chorób przebyłaś/przebyłeś lub jesteś w trakcie leczenia:

- Choroby układu krążenia
- Choroby układu pokarmowego
- Choroby psychiczne i zaburzenia neurorozwojowe
- Choroby układu oddechowego
- Choroby nowotworowe
- Choroby skóry i zmiany skórne
- Choroby nerek
- Inne jednostki chorobowe .....








Proszę wypisać, na które czynniki masz alergię lub nietolerancję:

- Alergie pokarmowe
- Alergie wziewne
- Alergie pokarmowe
- Inne alergię lub nietolerancje .....

#### Funkcjonowanie jelit

Wykorzystując planszę proszę wskazać, który wariant najlepiej opisuje stolec, z którego został pobrany materiał do niniejszego badania? (zgodnie z bristolską skalą uformowania stolca)

- Typ 1: Pojedyncze zbite grudki podobne do orzechów, trudne do wydalenia
- Typ 2: Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty
- Typ 3: Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni
- Typ 4: Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie
- Typ 5: Miękkie drobiny z wyraźnymi krawędziami (łatwo wydalone)
- Typ 6: Kłaczaste kawałki z postrzępionymi krawędziami
- Typ 7: Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)
- Nie wiem

Typ 1		Pojedyncze twardy grudki podobne do orzechów (trudne do wydalenia)
Typ 2		Grudkowaty, wydłużony kształt
Typ 3		Wydłużony kształt z pęknięciami na powierzchni
Typ 4		Wydłużony lub węzowaty kształt, powierzchnia gładka i miękka
Typ 5		Miękkie grudki z wyraźnymi krawędziami
Typ 6		Kłaczowate kawałki z postrzępionymi krawędziami, stolec papkowaty
Typ 7		Wodnisty bez elementów stałych lub całkowicie płynny

## Funkcjonowanie jelit

Wykorzystując planszę powyżej proszę wskazać, który wariant najlepiej opisuje Twój najczęściej występujący stolec?

(zgodnie z brytolską skalą uformowania stolca)

- Typ 1: Pojedyncze zbite grudki podobne do orzechów, trudne do wydalania
- Typ 2: Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty
- Typ 3: Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni
- Typ 4: Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie
- Typ 5: Miękkie drobiny z wyraźnymi krawędziami (łatwo wydalane)
- Typ 6: Kłaczaste kawałki z postrzępionymi krawędziami
- Typ 7: Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)
- Nie wiem

Proszę określić, jak często pojawiają się u Ciebie poniżej wymienione objawy:

	6-7 dni w tygodniu	4-5 dni w tygodniu	2-3 dni w tygodniu	1 dzień w tygodniu	Wcale
Nudności					
Wzdęcia					
Skurcze brzucha					
Biegunka					
Zaparcia					

W przybliżeniu, ile czasu minęło od ostatniego zażywania doustnie/dożylnie antybiotyków?

- Do 1 tygodnia
- Do 1 miesiąca
- Minimum 6 miesięcy
- Nigdy nie brałam/brałam antybiotyków
- Nie wiem

## Dieta i nawyki żywieniowe

Która z poniższych kategorii najlepiej opisuje Twoją obecną dietę?

- Wszystkożerna (pokarmy pochodzenia zwierzęcego i roślinnego)
- Dieta Paleo (wykluczenie produktów przetworzonych, zbóż i produktów mlecznych)
- Wegetariańska (wykluczenie wszystkich mięs zwierzęcych)
- Pescowegetariańska (wegetariańska włączająca ryby)
- Wegańska (wykluczenie wszystkich pokarmów pochodzenia zwierzęcego)
- Bezmleczna (wykluczenie mleka oraz jego pochodnych)
- Bezglutenowa (wykluczenie pokarmów zawierających gluten)
- Dieta zmniejszonej zawartości fermentujących węglowodanów i polioli (low FODMAP)
- Ketogeniczna (spożywanie tłuszczu oraz wykluczenie węglowodanów i ograniczenie pokarmów zawierających cukier)
- Inna, jaka: .....

## Dieta i nawyki żywieniowe

Proszę określić jak często zwyczajowo spożywałeś/spożywałaś produkty probiotyczne:

	6-7 dni w tygodniu	4-5 dni w tygodniu	2-3 dni w tygodniu	1 dzień w tygodniu	Wcale
<b>Kiszonki</b> np. kiszona kapusta, ogórki, buraki, kimchi					
<b>Produkty mleczne</b> np. kefir, jogurt, maślanka					
<b>Inne</b> np. kombucha, tempech, chleb na zakwasie, sok z kiszonych warzyw					

Proszę określić jak często zwyczajowo spożywałeś/spożywałaś poniższe produkty:

	6-7 dni w tygodniu	4-5 dni w tygodniu	2-3 dni w tygodniu	1 dzień w tygodniu	Wcale
Warzywa (świeże i mrożone)					
Owoce (świeże i mrożone)					
Mięso białe					
Mięso czerwone					
Ryby					
Jaja					
Produkty zbożowe np. pełnoziarniste pieczywo czy makarony, otręby, kasze					
Orzechy					
Żywność z białym cukrem np. słodycze					
Słone przekąski np. chipsy, paluszki, krakersy					
Tłuszcze pochodzenia zwierzęcego np. masło, smalec					
Jedzenie typu fast-food np. ze stoisk z szybkim jedzeniem, dania gotowe					
Napoje słodzone lub napoje energetyczne  (porcja – szklanka 250 ml)					

## Dieta i nawyki żywieniowe

Proszę określić, jaką ilość (liczbę jednostek) alkoholu spożywasz zwyczajowo w ciągu tygodnia:

<b>Alkohole niskoprocentowe</b> 3-10% (np. piwo, cydr) 1 jednostka = 500ml napoju	..... jednostek
<b>Alkohole średnioprocentowe 10-22%</b> (np. wino, likier) 1 jednostka = 100ml napoju	..... jednostek
<b>Alkohole wysokoprocentowe &gt;22%</b> (np. wódka, whisky) 1 jednostka = 50ml napoju	..... jednostek

Czy suplementujesz witaminę D?

- Tak  
 Czasami/nieregularnie  
 Nie

Czy zwyczajowo przyjmujesz jakieś leki doustne (na receptę lub dostępne bez recepty)?

- Tak, jakie.....  
 Nie przyjmuje żadnych leków

Które z poniższych suplementów diety obecnie przyjmujesz?

- Komercyjne probiotyki, prebiotyki lub synbiotyki (preparaty z bakteriami Lactobacillus, Bifidobacterium np. Sanprobi, Vivomixx, Dicoflor, Multilac itp.)  
 Zestawy witaminowo-mineralne typu multiwitamina  
 Inne suplementy witaminowe lub mineralne np. magnez, magnez – potas, elektrolity  
 Roślinne suplementy diety np. miłorząb japoński, żeń-szeń, zioła  
 Aminokwasy, np. arginina, cytrulina, glutamina, kreatyna, L-karnityna, metionina, tauryna  
 Nienasycone kwasy tłuszczowe, np. omega-3, olej rybny, olej z alg  
 Błonnik  
 Inne, jakie:.....  
 Nie biorę żadnych suplementów

## Styl życia

Czy palisz papierosy/wyroby tytoniowe lub kiedyś paliłeś/paliłaś?

- Nie palę i nigdy nie paliłam/paliłem  
 Nie palę, ale kiedyś paliłam/paliłem  
 Palę okazjonalnie  
 Palę

Proszę określić, jak często wykonujesz czynności wymagające wysiłku fizycznego:

	6-7 dni w tygodniu	4-5 dni w tygodniu	2-3 dni w tygodniu	1 dzień w tygodniu	Wcale
Ćwiczenia relaksacyjne np. joga, stretching, długi spacer					
Ćwiczenia funkcjonalne (wzmocnienie mięśni bez ich nadmiernej rozbudowy)					
Ćwiczenia wytrzymałościowe (kondycyjny trening cardio)					
Ćwiczenia siłowe (zwiększenie masy i siły mięśniowej)					

Jak oceniasz jakość swojego snu?

- Bardzo źle  Źle  Miernie/średnio  Dobrze  Bardzo dobrze

Jak często pojawiają się problemy ze snem (kłopoty z zaśnięciem, budzenie w nocy)?

- Nigdy  Sporadycznie  Kilka razy w miesiącu  Kilka razy w tygodniu  Codziennie