

Wywiad dietetyczny

Imię i nazwisko	
Dane kontaktowe (tel., email,)	
Cel wizyty	

Data urodzenia	
Masa ciała	
Wzrost	

Informacje ogólne	
Sposób porodu?	Siłami natury/cesarskie cięcie
Czy ciąża była zagrożona?	TAK / NIE
Czy dziecko było karmione naturalnie?	TAK / NIE
Jak wyglądało wprowadzenie pokarmów stałych. Proszę opisać.	
Czy dziecko ma nadwagę?	TAK / NIE
Jak często dziecko choruje?	
Czy w czasie choroby występuje gorączka?	TAK / NIE
Czy dziecko ma astmę?	TAK / NIE
Czy dziecko ma jakieś problemy skórne (wysypki / plamy / swędzenie)?	
Czy choruje na zapalenie ucha?	
Czy przyjmowane były antybiotyki? Jak często? Kiedy ostatnio? Z jakiego powodu?	TAK / NIE

Czy dziecko ma alergię?	TAK / NIE
Proszę wpisać, jakie alergię.	
Czy w domu ktoś pali?	TAK / NIE
Czy dziecko przechodziło operacje? Jakież?	TAK / NIE
Czy są jakieś obciążenia genetyczne? Choroby w rodzinie? Proszę wymienić.	
Jakie dotychczas dziecko przeżyło choroby lub aktualnie choruje?	
Pod kontrolą jakich poradni jest dziecko?	
Czy są miesiączki? Jak często? Jakież? Obfite, skąpe, bolesne, itp.	TAK / NIE
Jakie i w jakim okresie nastąpiły zmiany masy ciała?	
Choroby układu pokarmowego	
Czy dziecko ma nietolerancje pokarmowe? Jakież?	TAK / NIE
Czy występują bóle brzucha? Jeśli tak, to w jakiej okolicy: żołądek, jelita?	TAK / NIE
Czy występują wzdęcia? Jak często? Po czym?	TAK / NIE
Czy występuje zgaga? Jak często? Po czym?	TAK / NIE
Czy występują biegunki? Jak często? Po czym?	TAK / NIE
Czy występują zaparcia? Jak często? Po czym?	TAK / NIE
Czy stosowane są środki wspomagające? Jakież?	TAK / NIE
Czy dziecko ma/miało pasożyty? Jakież?	TAK / NIE
Czy zdiagnozowano u dziecka zespół jelita drażliwego?	TAK / NIE
Jak często dziecko się wypróżnia?	2-3 razy dziennie / raz dziennie / co 2-3 dni / 1 raz w tygodniu
Czy są problemy z próchnicą?	TAK / NIE
Czy zdiagnozowano przerost Candida?	TAK / NIE

Czy zdiagnozowano inne choroby układu pokarmowego?	Ch. Leśniowskiego-Crohna / wrzodziejące zapalenie jelita grubego / wrzody / nadżerki
Jakie badania diagnostyczne były wykonywane do tej pory?	
Uwagi	

Zaburzenia cykliów dobowych

Czy są problemy ze snem lub zasypianiem? Budzi się w nocy? Jakże inne?	TAK / NIE
O której dziecko kładzie się spać? O której zasypia?	
Czy budzi się wyspane? O której wstaje? Ile czasu dziecko śpi?	TAK / NIE
Czy dziecko ma dużo energii w ciągu dnia?	TAK / NIE
Czy często wychodzi na światło słoneczne?	TAK / NIE
Czy ogląda TV przed snem?	TAK / NIE
Czy korzysta z telefonu przed snem?	TAK / NIE
O której przestaje korzystać z ekranów? (telefon, TV, komputer) Ile przed snem?	
Ile czasu spędza przed ekranami?	
Czy ma problemy z pamięcią lub koncentracją?	

Przyjmowane leki

Nazwa	W jakim celu?	Dawka

Przyjmowane suplementy

Nazwa	W jakim celu?	Dawka

Dieta i sposób odżywiania

Czy obecnie stosowana jest jakaś określona dieta?	
Czy dziecko chętnie je warzywa?	TAK / NIE
Czy czytasz etykiety produktów?	TAK / NIE
Ile razy w tygodniu dziecko je słodczy?	
Jakie tłuszcze są używane w kuchni i do czego? Jak na zimno? Jak na ciepło?	
Czy dziecko je mięso?	TAK / NIE
Ile dziecko pije w ciągu dnia?	
Czy dziecko pije?	
Czy używane jest coś do słodzenia? Jeśli tak, napisz co.	
Z kim dziecko spożywa posiłki? Samo / w szkole/ z rodziną?	
Czy rodzice jedzą to samo, co dziecko?	TAK / NIE

Jadłospis

Czy dziecko spożywa dane produkty? Jak często?

Słodycze	
Fast food	
Gotowe dania	
Pieczyno (jake?)	
Kasze (jake?)	
Ziemniaki	
Makarony jasny/ciemny	
Płatki zbożowe (jake?)	
Ryż biały/brazowy/dziki	
Potrawy mączne, np. naleśniki, placki, kluski, itp.	
Warzywa (wymienić, które dziecko jada)	
Owoce (wymienić, które dziecko jada)	
Mleko i przetwory mleczne (jake?)	
Jaja (w jakiej postaci?)	
Mięso (jake rodzaje jada?)	
Wędliny (wymienić jake?)	
Ryby (jake?)	
Zupy (wymienić jake?)	
Strączkowe (wymienić jake?)	
Orzechy (wymienić jake?)	
Nasiona (wymienić jake?)	
Czego dziecko nie lubi?	
Sposób przygotowywania potraw (gotowanie, na parze, smażenie, duszenie, pieczenie)	
Uwagi	

Aktywność fizyczna

Czy dziecko jest aktywne w ciągu dnia?

Czy uprawia jakiś sport? Co i jak często?

Czy obserwujesz u dziecka poniższe objawy?

- Zmęczenie, senność po posiłku / potrzeba drzemki - zwłaszcza po węglowodanach
- Objadanie się kompulsywne, napady głodu ok. 2-3 godziny po posiłku (tzw. wilczy apetyt)
- Ciągłe zachcianki na słodycze
- Otyłość (są wyjątki), przyrost masy ciała (mimo normalnej diety, bez przejadania się)
- Częste oddawanie moczu
- Migrujące bóle (np. bóle stawów)
- Potrzeba coraz większej ilości kawy/stymulatorów
- Obniżenie nastroju
- Zmęczenie rano i problem z zaśnięciem w nocy albo ciągłe zmęczenie
- Chwilowa poprawa nastroju po czymś słodkim
- Brak aktywności fizycznej
- Depresja
- Problemy z motywacją, pamięcią i koncentracją
- Przymglenie umysłowe
- Rozdrażnienie
- Bóle głowy i tzw. ciężka głowa
- Rogowacenie ciemne (łac. acanthosis nigricans)*
- Uczucie zimna
- Wyrzut adrenaliny (kołatanie serca, drżenie rąk, przyspieszony oddech, uczucie nieokreślonego lęku)
- Hipoglikemia reaktywna (poposiłkowa)
- Wzmogućona potliwość (nadmierna aktywacja gruczołów potowych)
- Uczucie napuchnięcia i pogrubienie rysów twarzy (zwiększona produkcja kwasu hialuronowego w tkance podskórnej)
- Hiperandrogenizacja (stymulacja jajników do produkcji męskich hormonów) PCOS
- Łojotok
- Trądzik
- Owłosienie typu męskiego
- Łysienie typu męskiego
- Zaburzenia miesiączkowania