

KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY STYLU ŻYCIA

Imię i nazwisko pacjenta			
Płeć	M	K	Numer telefonu
Data urodzenia			Adres e-mail
Wiek	lata		Data badania

ODŻYWIANIE

	Liczba punktów
.1 Ile posiłków spożywasz średnio dziennie? (Wybierz jedną odpowiedź).	
• 2 lub mniej.	0 punktów
• od 3 do 5.	1 punkt
• 6 lub więcej.	0 punktów
.2 Jak często zwykle jesz warzywa? (Wybierz jedną odpowiedź).	
• Nigdy.	0 punktów
• 4-6 razy w tygodniu.	0 punktów
• 1x dziennie.	1 punkt
• Więcej niż raz dziennie.	2 punkty
.3 Czy masz zwyczaj dosalania potraw? (Wybierz jedną odpowiedź).	
• Tak.	0 punktów
• Nie.	1 punkt
.4 Jakiego rodzaju tłuszczu używasz najczęściej do przygotowywania posiłków, w tym smarowania pieczywa? (Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź).	
• Oleje roślinne.	1 punkt
• Śmietana (kwaśna lub słodka).	0 punktów
• Masło.	0 punktów
• Smalec.	0 punktów
• Twarda margaryna.	0 punktów
• Miękkie margaryny.	1 punkt
• Wysokotłuszczowe pasty do smarowania (ryby, warzywa, zioła, sery).	0 punktów
• Mniej tłuste pasty do smarowania (sery, ryby, warzywa).	1 punkt
• Pasta czekoladowa.	0 punktów
• Masło orzechowe.	0 punktów
• Paszтет.	0 punktów
• Bita śmietana.	0 punktów
• Majonez.	0 punktów

- **AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA** (Zakreśl jedną odpowiedź w każdej kolumnie).

.1. Umiarkowana intensywna aktywność fizyczna* przez co najmniej 30 minut (jednorazowo) lub np. trzy razy w ciągu tego samego dnia przez co najmniej 10 minut) za każdym razem do tego stopnia, że nieco szybciej oddycha się	4.2. Aktywność fizyczna o WYSOKIEJ intensywności* za każdym razem przez co najmniej 25 minut do tego stopnia, że dyszysz i pocisz się?
a) Nigdy. b) 1 raz w tygodniu. c) 2 razy w tygodniu. d) 3 razy w tygodniu. e) 4 razy w tygodniu.	a) Nigdy. b) 1 raz w tygodniu. c) 2 razy w tygodniu. d) 3 razy w tygodniu. e) 4 razy w tygodniu.
f) 5 razy w tygodniu. g) 6 razy w tygodniu. h) 7 razy w tygodniu. i) Więcej niż 7 razy w tygodniu.	f) 5 razy w tygodniu. g) 6 razy w tygodniu. h) 7 razy w tygodniu. i) Więcej niż 7 razy w tygodniu.
* Np. szybki marsz, łatwa jazda na rowerze po płaskim terenie, taniec, powolne pływanie, badminton, podnoszenie/przenoszenie średnio ciężkich ciężarów	* Np. jogging, chodzenie po schodach, szybka jazda na rowerze, kolarstwo górskie, aerobik, szybkie pływanie, tenis, podnoszenie/noszenie ciężarów ciężka praca fizyczna.

		Częstotliwość UMIARKOWANIE intensywnego (częstotliwość w tygodniu)								
		0	1	2	3	4	5	6	7	7+
Częstotliwość o wysokiej intensywności (częstotliwość w tygodniu)	0									
	1									
	2				X					
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	7+									

Legenda:

niewystarczająca	dostateczna	wystarczająca
------------------	-------------	---------------

1. PALENIE TYTONIU

- a. Obecnie palę _____papierosów/dzień. Palę papierosy ____lata.
b. Jestem byłym palaczem. Paliłem papierosy _____papierosów/dzień.
Paliłem papierosy_____lata.
c. Jestem narażony na bierne palenie.
d. Nigdy nie paliłem.

• PICIE NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH

	Liczba punktów
4.1 Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy spożywano napoje zawierające alkohol (piwo, wino, napoje spirytusowe, likiery, szampan, koktajle, cydr, bimber, miód pitny)?	
<ul style="list-style-type: none">• Nigdy.• Raz w miesiącu lub rzadziej.• 2 do 4 razy w miesiącu.• 2 do 3 razy w tygodniu.• 4 lub więcej razy w tygodniu.	<p>0 Punktów 1 punktów 2 Punktów 3 Punktów 4 Punktów</p>

4.2 W ciągu ostatnich 12 miesięcy, ile porcji napoju zawierającego alkohol zwykle wypijałeś/a, gdy piłeś/aś? Wyjaśnienie: jedna porcja standardowa (10 g czystego alkoholu) zawarta jest w około: <ul style="list-style-type: none">• 250 ml piwa o mocy 5%• 100 ml wina o mocy 12%• 30 ml wódki o mocy 40%	
<p>a. Zero do 1 porcji. b. 2 porcje. c. 3 lub 4 porcje. d. 5 lub 6 porcji. e. 7 i więcej porcji</p>	<p>0 Punktów 1 Punkt 2 Punkty 3 Punkty 4 Punkty</p>

4.3 Jak często piłeś/a w ciągu ostatnich 12 miesięcy: Mężczyźni: 6 lub więcej porcji jednorazowo? Kobiety: 4 lub więcej porcji przy jednej okazji?	
<p>a. Nigdy. b. Rzadziej niż raz w miesiącu. c. 1 do 3 razy w miesiącu. d. 1 do 3 razy w tygodniu. e. Codziennie lub prawie codziennie.</p>	<p>0 Punktów 1 Punkt 2 Punkty 3 Punkty 4 Punkty</p>

KWESTIE ZWIĄZANE Z BEZPIECZEŃSTWEM

1.	Czy masz jakiegolwiek problemy ze zdrowiem, o których dotąd Pan/Pni nie wspominał/a?	TAK	NIE
Jeśli TAK, to jaki?			
2	Czy masz jakieś obawy dotyczące swojego zdrowia?	TAK	NIE
Jeśli TAK, to jakie?			
3	Czy chcesz skonsultować się z lekarzem w sprawie któregoś z twoich problemów zdrowotnych?	TAK	NIE
Jeśli TAK, to jaki?			