Zapisz swój 4-dniowy jadłospis. Pozwoli to lekarzowi/dietetykowi ocenić Twoją dietę pod kątem zbilansowania.

	1 dzień	2 dzień	3 dzień	4 dzień
Śniadanie				
kcal				
Gramatura				
II śniadanie				
kcal				
Gramatura				
Obiad				
kcal				
Gramatura				
Podwieczorek				
kcal				
Gramatura				
Kolacja				
kcal				
Gramatura				
Przekąski				
kcal				
Gramatura				

Pamiętaj! Prawidłowy stan odżywienia pozwala na lepsze przejście przez poszczególne kroki procesu leczenia. Nie ma leczenia bez odpowiedniego żywienia.

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie
Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza

PRZED WIZYTĄ W PORADNI PREHABILITACJI PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEGO FORMULARZA:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Choroba zasadnicza	
Choroby współistniejące	☐ Cukrzyca, ☐ Miażdżyca, ☐ Nadciśnienie tętnicze, ☐ Inne:.....
Przebyte/planowane operacje	
Spadek masy ciała	☐ Nie wystąpił ☐ W czasie 3 miesięcy .....kg ☐ W czasie 6 miesięcy .....kg
Występujące dolegliwości	☐ Nudności ☐ Wymioty ☐ Biegunka ☐ Zaparcia ☐ Dysfagia ☐ Brak apetytu ☐ Uczucie wczesnej sytości ☐ Inne:..... Czas występowania dolegliwości:.....
Leki/Suplementy diety	
Nałogi	☐ Alkohol ☐ Palenie papierosów ☐ Brak

prehabilitacja

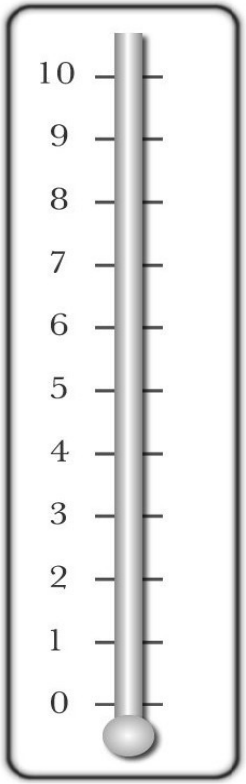
Olimp Labs®
PARTNER STRATEGICZNY
PREHABILITACJI

data ..... imię i nazwisko .....

Instrukcja: Najpierw proszę otocz kółkiem cyfrę (0 – 10), która najlepiej określa, jakiego stresu doświadczyłaś/eś w ostatnim tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym.

TERMOMETR DYSTRESU

ekstremalny stres



brak stresu

Przekład i adaptacja za zgodą American Cancer Society, 2008.
Polska adaptacja: J. Życińska, E. Wojtyna, A. Heyda, A. Syska-Bielak.

Następnie wskaż, co z poniższej listy było dla Ciebie problemem w ubiegłym tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym. Upewnij się, czy zaznaczyłaś/eś TAK lub NIE przy każdym punkcie listy.

TAK	NIE	Problemy praktyczne
❒	❒	wychowywanie dziecka
❒	❒	mieszkanie
❒	❒	ubezpieczenie/finanse
❒	❒	transport/korzystanie ze środków lokomocji
❒	❒	praca/szkoła
		Problemy rodzinne
❒	❒	relacje z dziećmi
❒	❒	relacje z partnerem
		Problemy emocjonalne
❒	❒	depresja
❒	❒	lęki
❒	❒	podenerwowanie
❒	❒	smutek
❒	❒	martwienie się
❒	❒	utrata zainteresowania codziennymi zajęciami
❒	❒	**Kwestie religijne/duchowe**

TAK	NIE	Problemy fizyczne
❒	❒	wygląd
❒	❒	mycie się/ubieranie
❒	❒	oddychanie
❒	❒	zmiany w oddawaniu moczu
❒	❒	zaparcia
❒	❒	biegunka
❒	❒	spożywanie posiłków
❒	❒	zmęczenie
❒	❒	wrażenie opuchnięcia
❒	❒	gorączka
❒	❒	przemieszczanie się
❒	❒	niestrawność
❒	❒	pamięć/koncentracja
❒	❒	zmiany chorobowe w jamie ustnej
❒	❒	nudności
❒	❒	suchość w nosie lub nadmiar wydzieliny
❒	❒	ból
❒	❒	seksualność
❒	❒	suchość skóry/swędzenie
❒	❒	sen
❒	❒	mrowienie w dłoniach/stopach

inne problemy: .....