

Первичная анкета по программе “Лечение ожирения”

Дата обращения

Кто рекомендовал Вам обратиться к нам?

Фамилия. Имя. Отчество

Дата рождения

Возраст

Адрес

Телефон

E-Mail

Профессия

Семейное положение

Масса тела _____ кг

Дата последнего взвешивания _____

Ваш рост _____ см

Окружность талии _____ см

Наблюдалось ли увеличение веса в детстве? Если да, то с какого возраста?

Страдали ли ожирением Ваши родственники? Если да, то кто именно?

Сколько лет Вы страдаете избыточной массой тела?

Какой максимальный вес у Вас наблюдался? Когда?

С чем Вы связываете причину увеличения массы тела?

Какие попытки Вы уже предпринимали для снижения массы тела? Каким был результат?

Принимали ли лекарственные препараты для снижения массы тела?

Откуда вы узнали о возможности хирургического лечения ожирения? Говорили ли вам терапевт, эндокринолог или кардиолог о возможности хирургического лечения?

Работаете ли Вы? Кем?

Занимаетесь ли спортом, физическими нагрузками?

Были ли вы раньше оперированы? Если да, то в связи с чем?

Сколько раз в сутки Вы принимаете пищу?

На какое время суток приходится основная пищевая нагрузка?

Какие продукты Вы предпочитаете?

Много ли употребляете сладкого?

Курите ли Вы?

Количество употребляемого алкоголя (в день, в неделю)?

Имеется ли аллергия (на лекарства, пищевые продукты)?

Сопутствующие заболевания:

1) Артериальная гипертензия

Есть / Нет

Длительность

Максимальные цифры АД

Применяемые препараты

Были ли ранее инфаркт миокарда, инсульт?

- 2) Сахарный диабет** Есть / Нет
 Длительность
 Уровень глюкозы в крови
 Применяемые сахароснижающие препараты
 Суточная доля инсулина
- 3) Синдром апноэ во сне** Есть / Нет
 Храпите ли вы во время сна?
 Наблюдались ли остановки дыхания во время сна?
 Как часто просыпаетесь ночью?
 Чувствуете ли удушье в ночное время?
 Есть ли головные боли утром, сухость во рту после пробуждения?
 Засыпаете ли в дневное время? Если да, то сколько раз в день?
 При какой нагрузке начинаете чувствовать одышку?
- 4) Боли в суставах.....** Есть / Нет
 Какие суставы Вас беспокоят?
 Сколько лет?
 Какие лекарства принимаете при болях?
- 5) Венозная (лимфовенозная) недостаточность.....** Есть / Нет
 Имеется ли варикозное расширение вен? Сколько лет?
 Имеются ли отеки ног? Если да, то когда они возникают?
 Были ли язвы на ногах?
 Болели ли Вы в прошлом тромбозом?
- 6) Желчнокаменная болезнь** Есть / Нет
 Имеются ли камни в желчном пузыре?
 Бывали ли когда-нибудь желтуха, темная моча, светлый кал?
 Беспокоят ли Вас боли в животе?
 Были ли оперированы в связи с ЖКБ?
- 7) Заболевания желудочно-кишечного тракта** Есть / Нет
 Когда последний раз делали фиброгастроскопию?
 Беспокоит ли изжога?
 С чем связываете её появление?
 Выявляли ли у Вас язву желудка или 12 перстной кишки?
 Какие принимали препараты?
- 8) Нарушения менструального цикла** Есть / Нет
 Характер нарушений
 Были ли беременности? Если да, то сколько?
 Страдаете ли Вы бесплодием?
- 9) Заболевания почек и мочевыделительной системы** Есть / Нет
 Находили ли у Вас камни в почках?
 Были ли у Вас приступы почечной колики?
 Бывает ли у Вас недержание мочи?
- 10) Боли в позвоночнике** Есть / Нет
 В какой области беспокоят?
 Как часто беспокоят и с какого времени?
- 11) Грыжи брюшной стенки** Есть / Нет
 Если есть, то какая?
- 12) Другие сопутствующие заболевания (астма, аритмия, гепатит, панкреатит, стенокардия, и др)**
- 13) Состояли ли на учете у психиатра?**
 Были ли в прошлом черепно- мозговые травмы?
 Наблюдались ли депрессии? Связываете ли Вы их с избыточным весом?
 Есть ли у Вас ощущение своей неполноценности? Если да, в чем это проявляется?
 Отражаются ли Ваши эмоции на аппетите? Если да, то как именно?
 Если да, то в связи с чем?