

6. Czy stwierdzono u Pani / Pana brak tolerancji glutenu (celiakia)?

- NIE
- TAK

7. Czy stwierdzono u Pani / Pana brak tolerancji laktozy (mleko)?

- NIE
- TAK

8. Czy stwierdzono u Pani / Pana chorobę Hashimoto?

- NIE
- TAK

Czy przeciwciała przeciwarczycowe u Pani / Pana są:

- PODWYŻSZONE
- W NORMIE
- NIEOZNACZONE

9. Jaka jest Pana/Pani obecna waga i wzrost?

Wagakg Wzrost Cm

10. Czy uprawia Pani / Pan jakikolwiek rodzaj aktywności fizycznej (np. jazda na rowerze, bieganie, aerobik, pływanie, spacerowanie rekreacyjne, yoga, itp.) lub czy wykonuje Pani / Pan pracę fizyczną?

- NIE, jeśli nie proszę nie przechodzić do następnych pytań
- TAK, jeśli tak proszę podać jaki to rodzaj aktywności:

.....
.....

11. Ile razy w tygodniu uprawia Pani / Pan aktywność fizyczną?

- 1 – 2 razy w tygodniu
- 3 – 4 razy w tygodniu
- częściej niż 4 razy w tygodniu
- 1 – 3 razy w miesiącu

12. Ile przeciętnie trwa Pani / Pana wysiłek fizyczny?

- poniżej 15 minut
- 15 – 30 minut
- 30 – 60 minut
- dziennie

WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIETY

1. Czy Pani miesiączkuje?

- TAK** (proszę przejść do pytania nr 4)
 NIE

2. Ile miała Pani lat, kiedy przestała miesiączkować? lat

3. Jaki był powód ustania miesiączek?

- naturalna menopauza
 z powodu usunięcia macicy
 z powodu usunięcia jajników
 z powodu przyjmowania środków leczniczych hamujących okres
 inny powód:

4. Czy miała Pani operację jajników, jajowodów, macicy (np. usunięcie macicy, jajników, mięśniaków)?

NIE

TAK – jeśli tak, czy było to:

- usunięcie macicy (jajniki pozostawione), data operacji
- usunięcie jajników (macica pozostawiona), data operacji
- usunięcie jednego jajnika, data operacji
- usunięcie macicy i jajników, data operacji
- inny zabieg:
data zabiegu:

5. Czy kiedykolwiek regularnie przyjmowała bądź przyjmuje Pani hormony?

- NIE**
 TAK, jakie?

hormony tarczycy:

nazwa preparatu.....
(data rozpoczęcia:..... data zakończenia:.....)

HTZ (hormonalna terapia zastępcza w okresie menopauzy):

nazwa preparatu.....
(data rozpoczęcia:..... data zakończenia:.....)

środki antykoncepcyjne (np. tabletki, implanty, plastry):

nazwa preparatu.....
(data rozpoczęcia:..... data zakończenia:.....)

inne, jakie?

nazwa preparatu.....
(data rozpoczęcia:..... data zakończenia:.....)

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety.