

KARTA KONSULTACYJNA

IMIĘ ORAZ NAZWISKO

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL

WIEK

BĘDĘ WDZIĘCZNA ZA DOŁĄDNE ZAPOZNANIE SIĘ Z KARTĄ KONSULTACYJNĄ I UDZIELENIE ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA.

1. CZY CHORUJE PAN/PANI NA COŚ?

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA (NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, CHOROBY KARDIOLOGICZNE)

ZABURZENIA HORMONALNE (PCOS, HIPERPROLAKTYNEMIA, HIPERANDROGENIZM, NADCZYNNOŚĆ/NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY, HASHIMOTO, CHOROBA GRAVESA-BASEDOVA, ZESPÓŁ CUSHINGA, ZESPÓŁ ADDISONA, DOMINACJA ESTROGENOWA)

CHOROBY, ZABURZENIA ŻÓŁADKA ORAZ JELIT (HELICOBACTER PYLORI, SIBO, IMO, SIFO, IBS, CELIAKIA, CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA, PASOŻYTY, CANDIDA)

CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ (TOCZEŃ, TWARDZINA, ZAPALENIE SKÓRNO-MIĘŚNIOWE)

ZABURZENIA GOSPODARKI WĘGLOWODANOWEJ (INSULINOOPORNOŚĆ, HIPERINSULINEMIA, HIPERGLIKEMIA, HIPOGLIKEMIA REAKTYWNA, CUKRZYCA TYPU I, CUKRZYCA TYPU II)

CHOROBY STAWÓW I KOŚCI

CHOROBY SKÓRNE (AZS, ŁUSZCZYCA, TRĄDZIK RÓŻOWATY, TRĄDZIK POSPOLITY, CHOROBA DARIERA, ZAPALENIE MIESZKÓW WŁOSOWYCH, BIELACTWO NABYTE, ŁYSIENIE PLACKOWATE, OPRYSZCZKA, GRZYBICA SKÓRY)

ENDOMETRIOZA

CHOROBY NOWOTWOROWE

INNE

2. CZY CIERPI PAN/PANI NA ALERGIE? JEŚLI TAK, TO NA CO?

3. CZY PRZYJMUJE PAN/PANI JAKIEŚ LEKI? JEŚLI TAK, JAKIE SĄ TO LEKI I OD KIEDY SĄ STOSOWANE?

4. CZY JEST STOSOWANA ANTYKONCEPCJA HORMONALNA? JEŚLI TAK, OD KIEDY I CZY BYŁA WYKONYWANA DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA HORMONÓW PŁCIOWYCH PRZED WDROŻENIEM?

5. CZY JEST PAN/PANI POD STAŁĄ OPIEKĄ LEKARZA/DIETETYKA/INNYCH SPECJALISTÓW? JEŚLI TAK, TO JAKICH?

6. CZY W RODZINIE WYSTĘPUJĄ CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNE, JEŚLI TAK, TO JAKIE?

- ☐ HASHIMOTO
- ☐ CHOROBA GRAVESA-BASEDOVA
- ☐ RZS
- ☐ CUKRZYCA TYPU I
- ☐ CHOROBA ADDISONA
- ☐ TOCZEŃ
- ☐ TWARDZINA
- ☐ INNE

7. CZY WYSTĘPUJĄ U PANA/PANI NASTĘPUJĄCE OBJAWY? PROSZĘ PODREŚLIĆ TE WYSTĘPUJĄCE.

BÓLE GŁOWY, SENNOŚĆ, ZMĘCZENIE, PROBLEMY Z KONCENTRACJĄ, APATIA PO POSIŁKACH, BÓLE STAWÓW, BÓLE MIĘśni, WYPADANIE WŁOSÓW, BÓLE BRZUCHA, WZDĘCIA, ZAPARCIA, NUDNOŚCI, BIEGUNKI, ZGAGA, PROBLEM Z UTRATĄ MASY CIAŁA, SZYBKĄ UTRATĄ MASY CIAŁA

INNE

8. CZY W PRZECIĄGU 3 MIESIĘCY WYKONYWAŁ/A PAN/PANI DIAGNOSTYKĘ LABORATORYJNĄ? JEŚLI TAK, TO JAKIE PARAMETRY ZOSTAŁY OCENIONE?

9. JAK OCENIA PAN/PANI POZIOM STRESU W SWOIM ŻYCIU? 1-5 (1 - NISKI POZIOM, 5 - BARDZO WYSOKI)

10. JAKI RODZAJ PRACY PAN/PANI WYKONUJE?

- ☐ FIZYCZNA
- ☐ BIUROWA
- ☐ MIESZANA

11. JAKI RODZAJ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ PAN/PANI UPRAWIA? JAK CZĘSTO?

12. O KTÓREJ PAN/ PANI CHODZI SPAĆ ORAZ WSTAJE? JAK OCENIA PAN/PANI JAKOŚĆ SNU?

13. CZY WYBUDZA SIĘ PAN/PANI W NOCY?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

14. CZY POSIADA PAN/PANI W DOMU ZWIERZĘTA?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

15. JAK CZĘSTO SPOŻYWA PAN/PANI ALKOHOL W PRZECIĄGU MIESIĄCA?

16. CZY PALI PAN/PANI PAPIEROSY, E-PAPIEROSY, ITP.? JAK CZĘSTO?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

17. ILE DNI TRWA U PANI CYKL MIESIĘCZNY? CZY MIESIĄCZKI SĄ REGULARNE?

18. CZY JEST PANI W CIAŻY LUB KARMI PIERSIĄ?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

19. PROSZĘ PODKREŚLIĆ WYSTĘPUJĄCE PROBLEMY SKÓRNE.

ZASKÓRNIKI, GRUDKI, WYPRYSKI, RUMIEŃ, TELEANGIEKTAZJE (NACZYNNKA), ROZSZERZONE UJŚCIA GRUCZOŁÓW ŁOJOWYCH (PORY), ŁOJOTOK, SUCHA SKÓRA, SKÓRA WRAŻLIWA, SKÓRA NADREAKTYWNA, ZMARSZCZKI, UTRATA JĘDRNOŚCI SKÓRY, ŚWIĄD SKÓRNY

INNE

20. KIEDY ZACZEŁY SIĘ PROBLEMY SKÓRNE?

21. CZY JAKIEŚ KONKRETNE ZDARZENIE WYZWOLIŁO POGORSZENIE STANU SKÓRY LUB POJAWIENIE SIĘ PROBLEMÓW SKÓRNYCH? PROSZĘ PODKREŚLIĆ.

ODSTAWIENIE/ WDROŻENIE ANTYKONCEPCJI HORMONALNEJ, ZMIANA MIEJSCA ZAMIESZKANIA, WDROŻENIE/WYŁĄCZENIE SUPLEMENTACJI, WDROŻENIE LEKÓW, ZMIANA NAWYKÓW DIETETYCZNYCH, ZMIANA NAWYKÓW PIELĘGNACYJNYCH, ZABIEG KOSMETYCZNY, NIEDOCZYNNOŚĆ/NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY, PCOS, HIPERPROLAKTYNEMIA, HIPERANDROGENIZM

INNE

22. JAK PANI/PANA SKÓRA REAGUJE NA TAKIE CZYNNIKI, JAK: ZMIANA TEMPERATURY, WIATR, MRÓZ, ITP.?



BRAK REAKCJI



ŚWIĄD



PIECZENIE



ZACZERWIENIENIE



UCZUCIE KŁUCIA

23. CZY NA SKÓRZE CIAŁA ZAUWAŻYŁ/A PAN/PANI NASTĘPUJĄCE ZMIANY? PROSZĘ PODKREŚLIĆ TE WYSTĘPUJĄCE.

ŚWIĄD, WZMOŻONA SUCHOŚĆ, RUMIEŃ, ZMIANY ZAPALNE, PIECZENIE, NADREAKTYWNOŚĆ, TELEANGIEKTAZJE, PODRAŻNIENIE, NADMIERNE ŁUSZCZENIE SIĘ NASKÓRKA, TENDENCJA DO SINIAKÓW

INNE

24. CZY NA SKÓRZE GŁOWY ZAUWAŻYŁ/A PAN/PANI NASTĘPUJĄCE ZMIANY? PROSZĘ PODKREŚLIĆ TE WYSTĘPUJĄCE.

ŁOJOTOK, ŚWIĄD, RUMIEŃ, NADMIERNE ŁUSZCZENIE SIĘ, STANY ZAPALNE, WZMOŻONE WYPADANIE WŁOSÓW, PODRAŻNIENIE SKÓRY

INNE

25. OD CZEGO ROZPOCZĘŁY SIĘ ZMIANY SKÓRNE, JAKI BYŁ CIĄG PRZYCZYNOWO - SKUTKOWY?
NP. SKÓRA TŁUSTA- ZASKÓRNIKI- ZMIANY ZAPALNE

26. CZY W PRZECIAGU ROKU BYŁY WYKONYWANE ZABIEGI KOSMETYCZNE, KOSMETOLOGICZNE?

[illegible]

27. CZY W PRZECIĄGU ROKU BYŁY WYKONYWANE ZABIEGI CHIRURGICZNE, MEDYCYNY ESTETYCZNEJ? JEŚLI TAK, TO JAKIE?

28. Z JAKICH KOSMETYKÓW SKŁADA SIĘ PANA/PANI PIELEGNACJA DOMOWA? PROSZĘ O PODANIE KONKRETNÝCH NAZW. W SKALI OD 0-5 PROSZĘ OCENIĆ KAŻDY KOSMETYK, POD KĄTEM ZADOWOLENIA Z NIEGO.

29. CZY KTÓRYŚ Z KOSMETYKÓW WYZWOLIŁ POGORSZENIE STANU SKÓRY (WYSYP, ŚWIĄD, PRZESUSZENIE, ŁOJOTOK, REAKCJĘ ALERGICZNĄ)?

30. KTO USTALAŁ PANA/PANI PLAN PIELĘGNACJI DOMOWEJ?

- ☐ KOSMETOLOG, KOSMETYCZKA
- ☐ DERMATOLOG
- ☐ SAMODZIELNIE

31. JEŚLI WYKONUJE PAN/PANI NASTĘPUJĄCE NAWYKI PIELĘGNACYJNE, PROSZĘ O ZAZNACZENIE.

- ☐ OCZYSZCZANIE SKÓRY POWYŻEJ 2 RAZY DZIENNIE
- ☐ OCZYSZCZANIE SKÓRY SZCZOTECZKĄ SONICZNĄ
- ☐ WYKONYWANIE OCZYSZCZANIA MANUALNEGO W DOMU
- ☐ APLIKACJA PEELINGÓW CZĘŚCIEJ NIŻ RAZ W TYGODNIU
- ☐ STOSOWANIE WACIKÓW

32. CZY KORZYSTA PANI Z SOLARIUM LUB OPALANIA NATRYSKOWEGO? JEŚLI TAK, KIEDY OSTATNIO?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

33. CZY ZOSTAŁA KIEDYKOLWIEK STWIERDZONA U PANA/PANI JAKAŚ CHOROBA SKÓRNA? JEŚLI TAK, TO JAKA I KIEDY?

34. CZY STOSOWAŁ/STOSOWAŁA PAN/PANI LEKI DERMATOLOGICZNE? PROSZĘ PODKREŚLIĆ TE STOSOWANE.

ANTYBIOTYK DOUSTNY, IZOTRETINOINA, ANTYBIOTYKI MIEJSCOWE, NADTLENEK BENZOILU, KWAS AZELAINOWY, RETINOIDY, STERYDY OGÓLNOUSTROJOWE, STERYDOTERAPIA MIEJSCOWA, LEKI PRZECIWGRZYBICZE, LEKI PRZECIWWIRUSOWE (NP. ACYKLOWIR, WALACYKLOWIR)

NAZWY LEKÓW

35. CZY PRZYJMUJE PAN/PANI SUPLEMENTY DIETY? JEŚLI TAK, TO JAKIE (NAZWA PRODUKTU, MARKA), OD KIEDY, W JAKIEJ DAWCE?

36. CZY STOSUJE PAN/PANI SPECJALNĄ DIETĘ? PROSZĘ PODKREŚLIĆ STOSOWANĄ DIETĘ.

BRAK, WEGETARIAŃSKA, WEGAŃSKA, LAKTOOWOWEGETARIAŃSKA, KETOGENICZNA, LOW FODMAP, WYSOKOBIAŁKOWA, NISKOHISTAMINOWA, O NISKIM ŁADUNKU GLIKEMICZNYM

INNE

37. CZY OBSERWUJE PAN/PANI REAKCJE Z UKŁADU POKARMOWEGO LUB ZE SKÓRY NA KONKRETNE PRODUKTY? (NP. WZDĘCIA PO NABIALE, WYSYP PO SŁODYCZACH)?

38. CZY KIEDYKOLWIEK ZOSTAŁY STWIERDZONE CHOROBY/ZABURZENIA ZE STRONY UKŁADU POKARMOWEGO? JEŚLI TAK, TO JAKIE I KIEDY?

39. CZY STOSUJE PAN/PANI ZIOŁA (HERBATY, SUPLEMENTY ZIOŁOWE, NAPARY) JEŚLI TAK, TO JAKIE?

CZYSTEK, OSTROPEST PLAMISTY, KRWAŃNIK, MNISZEK, BRATEK, PALMA SABAŁOWA, POKRZYWA, MIĘTA, SZYSZKI CHMIELU, DZIURAWIEC, CZARNA HERBATA, ZIELONA HERBATA, BIAŁA HERBATA, SZAŁWIA, SKRZYP POLNY, RUMIANEK, LIPA

INNE

40. CZY PO PRODUKTACH NABIAŁOWYCH (NP. MLEKO KROWIE, JOGURTY) WIDZI PAN/PANI POGORSZENIE STANU SKÓRY?

☐

TAK

☐

NIE

41. CO PAN/PANI PIJE W CIAGU DNIA? ILE PŁYNÓW W SUMIE PAN/PANI PIJE?

42. JAKI RODZAJ TŁUSZCZY PAN/PANI UŻYWA NA CODZIEN?

OLIWA Z OLIVEK, MASŁO, MARGARYNA, OLEJ Z WIESIOŁKA, OLEJ Z OGÓRECZNIKA, CZARNUSZKI,
ROKITNIKA, RYDZOWY, KONOPNY, OLEJ KOKOSOWY, OLEJ RZEPAKOWY, SŁONECZNIKOWY, TRAN
INNE

42. JAK WYGLĄDA PANA/PANI PRZYKŁADOWA DIETA? PROSZĘ O PODANIE 2-3 PRZYKŁADÓW
POSIEKÓW.

ŚNIADANIE:

OBIAD:

KOLACJA:

PRZEKĄSKI:

JA NIŻEJ PODPISANY/A WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH W
ZAKRESIE IMIENIA I NAZWISKA, NUMERU TELEFONU NA POTRZEBĘ PRZEPROWADZENIA
KONSULTACJI BĄDŹ WYKONANIA ZABIEGU ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU
EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIECZNIA 2016 ROKU ORAZ USTAWĄ Z DNIA 10
MAJA 2018 ROKU O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ.U.2019 POZ. 1781).

DATA

CZYTELNY PODPIS