

Αριθμός ασθενούς

Αρχικά ασθενούς

1. Ποιές είναι οι τυπικές διατροφικές σας συνήθειες (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Δεν έχω ιδιαιτερότητες στις διατροφικές μου συνήθειες | <input type="checkbox"/> Απογεύγω τους υδατάνθρακες |
| <input type="checkbox"/> Είμαι χορτοφάγος | <input type="checkbox"/> Καταναλώνω δίαιτα χαμηλών λιπαρών |
| <input type="checkbox"/> Ακολουθώ αυστηρά χορτοφαγική δίαιτα | <input type="checkbox"/> Έχω δυσασεξία στη λακτόζη |
| <input type="checkbox"/> Ακολουθώ δίαιτα ελεύθερη γλουτένης | <input type="checkbox"/> Άλλη ειδική δίαιτα λόγω δυσανεξίας/ αλλεργίας |
| <input type="checkbox"/> Αποφεύγω την προσθήκη ζάχαρης | <input type="checkbox"/> Άλλο |

2. Που μένατε πριν τη συγκεκριμένη νοσηλεία σας;

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Σπίτι | <input type="radio"/> Μεταφέρθηκα από άλλο νοσοκομείο |
| <input type="radio"/> Σε γηροκομείο ή άλλη μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας | <input type="radio"/> Άλλο |

3. Γενικά, μπορείτε να περπατήσετε;

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> Όχι, έχω αναπηρικό αμαξίδιο |
| <input type="radio"/> Ναι, με βοήθεια | <input type="radio"/> Όχι, είμαι κατάκοιτος |
| <input type="radio"/> Ναι με μπαστούνι, μαγκούρα, Πι ή πατερίτσες | |

4. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Πολύ καλή | <input type="radio"/> Καλή | <input type="radio"/> Ικανοποιητική | <input type="radio"/> Κακή | <input type="radio"/> Πολύ κακή |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|

5. Κατά τη διάρκεια των 12 μηνών πριν τη νοσηλεία σας

...πόσες φορές επισκευτήκατε ιατρο; φορές
 ...πόσες φορές εισαχθήκατε σε νοσοκομείο (έπείγοντα, σε κλινική); φορές
 ...πόσες νύχτες συνολικά περάσατε στο νοσοκομείο; νύχτες

6. Πόσα διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα λαμβάνετε συστηματικά κάθε μέρα (πριν τη νοσηλεία σας)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 1-2 | <input type="radio"/> ΚΑΝΕΝΑ |
| <input type="radio"/> 3-5 | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| <input type="radio"/> ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 | |

7. Έχετε ασφάλιση υγείας;

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ναι, ιδιωτική ασφάλιση μόνο | <input type="radio"/> ΌΧΙ |
| <input type="radio"/> Ναι, δημόσια ασφάλιση μόνο | <input type="radio"/> Προτιμώ να μην απαντήσω |
| <input type="radio"/> Ναι, και τις δύο | |

8. Ποιο ήταν το βάρος σας πριν 5 χρόνια;

kg ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

9α. Έχετε χάσει βάτος τους τελευταίους 3 μήνες;

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ναι, εκκούσια | <input type="radio"/> Όχι, έβαλα βάρος |
| <input type="radio"/> Ναι ακούσια | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| <input type="radio"/> Όχι, το βάρος μου παρέμεινε σταθερό | |

9β. Αν να, πόσα Kg χάσατε;

kg ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

10. Γνωρίζατε για τη νοσηλεία σας δύο ημέρες πριν την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο;

- ΝΑΙ ΌΧΙ

11. Παρακαλώ σημειώστε αν...

- | | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| ...ζυγιστήκατε κατά την εισαγωγή | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ...ενημερωθήκατε για τη διατροφική σας κατάσταση | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ...ενημερωθήκατε για τις επιλογές διατροφικής φροντίδας | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |
| ...λάβατε ειδική διατροφική θεραπεία | <input type="radio"/> ΝΑΙ | <input type="radio"/> ΌΧΙ | <input type="radio"/> ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ |

Παρακαλώ συνεχίστε με τη σελίδα 3β

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

Αρχικά ασθενούς

12. Πόσο καλά έχετε φάει κατά την τελευταία εβδομάδα πριν την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο;

- Περισσότερο από το κανονικό
 Φυσιολογικά
 Περίπου 3/4 του φυσιολογικού
 Περίπου το μισό του φυσιολογικού
 Περίπου το 1/4 του φυσιολογικού

13. Γενικά πόσο ικανοποιημένοι είστε από το φαγητό στο νοσοκομείο;

- Πολύ ικανοποιημένος
 Ικανοποιημένος
 Ουδέτερος
 Δυσανεστημένος
 Πολύ δυσανεστημένος
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

14. Λάβατε κάποια βοήθεια στη σίτισή σας ΣΗΜΕΡΑ;

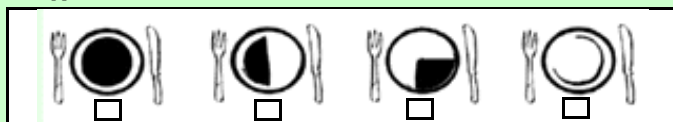
- ναι, από την οικογένεια ή φίλους
 ναι, από το προσωπικό του νοσοκομείου ΟΧΙ

15. Μπορεσατε να φάτε χωρίς παρεμβολές ΣΗΜΕΡΑ

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ

16α. Παρακαλώ επισημάνετε πόσο από το νοσοκομειακό φαγητό καταναλώσατε στο κύριο σας γεύμα ΣΗΜΕΡΑ

Σχεδόν όλο 1/2 1/4 ΤΙΠΟΤΑ



16β. Το μέγεθος της μερίδας του φαγητού σήμερα ήταν...

- κανονική
 μικρότερη
 μεγαλύτερη
 ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

17. Αν δεν φάγατε τίποτα από το πιάτο σας παρακαλώ πείτε μας γιατί: (σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Δε μου αρεσε το είδος του προσφερόμενου φαγητού | <input type="checkbox"/> Έχω προβλήματα μάσησης/ κατάποσης |
| <input type="checkbox"/> Δε μου άρεσε η γεύση/μυρωδιά του φαγητού | <input type="checkbox"/> Φυσιολογικά τρώω λιγότερο απο τη σεβριζόμενη μερίδα |
| <input type="checkbox"/> Δεν ήταν ανάλογο των πολιτιστικών/ θρησκευτικών πιστεύω μου | <input type="checkbox"/> Είχα ναυτία/ Έμετο |
| <input type="checkbox"/> Το φαγητό ήταν πολύ ζεστό | <input type="checkbox"/> ήμουν πολύ κουρασμένος |
| <input type="checkbox"/> Το φαγητό ήταν πολύ κρύο | <input type="checkbox"/> Δε μπορώ να φάω χωρίς βοήθεια |
| <input type="checkbox"/> Λόγω τροφικής αλλεργίας ή δυσανεξίας | <input type="checkbox"/> Δε μου επιτρέπεται να φάω |
| <input type="checkbox"/> Δεν πεινούσα εκείνη τη στιγμή | <input type="checkbox"/> Είχα εξέταση ή επέμβαση και έχασα το γεύμα μου |
| <input type="checkbox"/> Δεν έχω τη συνήθη όρεξή μου | <input type="checkbox"/> Δεν έλαβα το φαγητό που ζήτησα |

18. Παρακαλω σημειώστε τον αριθμό των υγρών ΣΗΜΕΡΑ:

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="text"/> νερό | <input type="text"/> καφές | <input type="text"/> Χυμός φρούτων | <input type="text"/> Διατροφικό ποτό |
| <input type="text"/> τσάι | <input type="text"/> γάλα | <input type="text"/> αναψυκτικό | <input type="text"/> άλλα |

19α. Φάγατε κάτι άλλο εκτός από το φαγητό του νοσοκομείου ΣΗΜΕΡΑ? ΝΑΙ ΟΧΙ

19b. Αν ναι τι φάγατε?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Γλυκά σνακ | <input type="checkbox"/> Γαλακτοκομικά προϊόντα |
| <input type="checkbox"/> Αλμυρά σνακ | <input type="checkbox"/> Φαγητό από εστιατόριο/ delivery |
| <input type="checkbox"/> Φαγητό από το σπίτι | <input type="checkbox"/> Σάντουιτς |
| <input type="checkbox"/> Φρούτα | <input type="checkbox"/> Άλλο |

20. Πώς επηρεάστηκε η πρόσληψη τροφής σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

- Αυξήθηκε Μειώθηκε Παρέμεινε η ίδια ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

21. ΣΗΜΕΡΑ αισθάνομαι...

- Πιο δυνατός από την εισαγωγή
 Πιο αδύναμος από την εισαγωγή
 Το ίδιο με την ημέρα της εισαγωγής
 Από σήμερα ξεκίνησε η νοσηλεία μου ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

22. Μπορείτε να περπατήσετε χωρίς βοήθεια ΣΗΜΕΡΑ;

- ΝΑΙ
 ΟΧΙ, ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ
 ΟΧΙ, ΕΙΜΑΙ ΚΛΙΝΗΡΗΣ

23. ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ ΚΑΠΟΙΟΣ ΝΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟ... ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ!