

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;                               | <input type="text"/> | φορές  |
| ...πόσες φορές εισαχθήκατε σε νοσοκομείο (έπείγοντα, σε κλινική); | <input type="text"/> | φορές  |
| ...πόσες νύχτες συνολικά περάσατε στο νοσοκομείο;                 | <input type="text"/> | 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;**

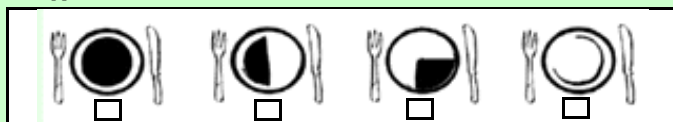
- ναι, από την οικογένεια ή φίλους  
 ναι, από το προσωπικό του νοσοκομείου  ΟΧΙ

**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 μο | <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!**