

Оснащена ли Ваша клиника компьютеризированной системой документооборота? ⁹ да нет

Включается ли лечебное питание в план лечения онкологических больных? ⁹ да нет

Если да, то какова роль и место питания в плане лечения онкологических больных в Вашей клинике? ³⁸

- повседневная практика
- когда пациент просит/спрашивает
- при потере массы тела более 10%
- на этапе паллиативной помощи
- другое - пожалуйста, опишите

Если нет - почему? ¹⁰

- недостаточно доказательств эффективности
- недостаточно знаний в этой области
- no reimbursement
- лечебное питание поддерживает рост опухоли
- другое

Какой вид нутритивной поддержки используется в лечении онкологических больных? ¹⁰

- согласно разработанному плану питания
- подсчёт потребности в энергии
- мониторинг пищевого статуса пациентов и назначение специального лечебного питания при потребности
- никакой
- другое

Если не используется - почему? ¹⁰

- недостаточно доказательств эффективности
- недостаточно знаний в этой области
- no reimbursement
- недостаточно диетологов
- недостаточно других необходимых специалистов
- другое

Как часто Вы исследуете у пациентов нижеперчисленные параметры и какими методами при этом Вы пользуетесь? ³⁹

	регулярно	во время химиотерапии	по необходимости	никогда	?
антропометрия/body composition					
масса тела	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
антропометрия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Биоимпеданс	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
компьютерная томография	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DEXA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
другое	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

функциональные тесты

сила сжатия кисти (динамометрия кисти)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
тест с 6-минутной ходьбой	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
другое	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

потребность в нутриентах , calculated | | | | |

учёт потребления нутриентов

каждый приём пищи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 раз в день	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 раза в день	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
приём пищи за истекшие 24 часа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
другое	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Кто заполнил эту страницу опросника (Страница 1_онкология) ¹¹

- диетолог
- медсестра
- врач -онколог
- нутрициолог
- другое



nutritionDay
WORLDWIDE

Онкологический пациент, страница 3

дата ¹ ___ / ___ / ___

Номер пациента ⁵

Уважаемый пациент,
Заполните, пожалуйста, этот опросник сегодня - это поможет нам улучшить качество диетологической помощи в отделении. Нам хотелось бы знать, как Вы себя чувствуете и насколько Вы активны.

Пожалуйста, проверьте или заполните **БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА ВАШУ ПОМОЩЬ!**

пациент инициалы: ⁴ первые две буквы Вашего имени
первые две буквы Вашей фамилии

Ваш обычный вес до начала болезни ⁵² кг не знаю
Ваш вес в настоящее время ⁵² кг не знаю

Изменения в Вашем весе произошли преднамеренно или помимо Вашего желания изменить вес? ⁵⁴
 намеренно помимо моего желания вес не изменился

Пожалуйста, отметьте симптомы, имевшиеся у Вас в течение последней недели: ⁵⁵

	нет	немного	снижен	значительно снижен
Была ли у Вас боль?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Нуждались ли Вы в отдыхе?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Было ли у Вас чувство слабости?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Испытывали ли Вы чувство подавленности?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Чувствовали ли Вы усталость?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мешала ли Вам боль заниматься Вашими повседневными делами?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Было ли у Вас снижение аппетита?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Пожалуйста, отметьте симптомы, имеющиеся у Вас в данный момент: ⁵⁵

	нет	немного	снижен	значительно снижен
Боль?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Необходимость в отдыхе?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Слабость?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Подавленность/сниженное настроение?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Усталость?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мешает ли боль повседневной активности?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Снижен ли аппетит?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Если Ваш аппетит или режим приёма пищи изменились - ответьте, пожалуйста - в связи с чем? ¹⁰

- тошнота/рвота запор быстро насыщаюсь
 воспаление слизистой полости рта жидкий стул (понос) другое
 боль восприятия

Какие из нижеперечисленных активностей Вы способны выполнять в полной мере? ⁵⁶
(выберите, пожалуйста, только один вариант)

- могу заниматься спортом могу обслуживать себя
 обычная повседневная активность могу обслуживать себя, но не в полной мере
 могу заниматься нетяжёлыми делами прикован к постели/креслу

Что Вы принимаете самостоятельно, без назначения врача? ¹⁰

- ничего мультивитамины
 травяные чаи другие медикаменты
 пищевые добавки другое

Каким видом упражнений Вы занимаетесь? ¹⁰

- ничего Медитация другое
 Психотерапия Упражнения, направленные на мышечное расслабление
 Йога Вам

Сложно ли Вам соблюдать режим лечения? ⁹ да нет не знаю

Кто-нибудь помогал Вам заполнить этот опросник? ⁹ да нет не знаю

Считаете ли Вы, что включение рационального питания в план Вашего лечения может принести существенную пользу? ⁹ да нет не знаю