

24D-5 Kwestionariusz medyczny dla uczestnika badania „Witamina D”

Uzupełnia pielęgniarka

data pobrania

imię i nazwisko osoby pobierającej

godzina pobrania

miejsce na etykietę

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

DLA OSÓB ODDAJĄCYCH MATERIAŁ BIOLOGICZNY DO BIOBANKU ŚWIĘTOKRZYSKIEGO RCNT W RAMACH REALIZACJI PROJEKTU „Ocena stężenia witaminy D we krwi wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego”

Imię i Nazwisko uczestnika badania:	Nr dzienny uczestnika badania (wypełnia RCNT):
.....	

I. Podstawowe dane

1. Narodowość (np. polska):		2. Wzrost (cm):	
3. PESEL:		4. Data urodzenia:	
5. Wiek (lata):		6. Waga (kg):	

II. Pytania ogólne dotyczące stylu życia, stanu zdrowia, diety (zakreślić "X" TAK lub NIE)

Pytanie	TAK	NIE	W przypadku odpowiedzi TAK, prosimy o podanie szczegółów
1. Czy aktualnie przyjmuje Pan/i suplementy zawierające witaminy D?			TAK, proszę podać nazwę i dawki:
2. Czy przyjmował/a Pan/i suplementy zawierające witaminę D? (np. 2 lata temu, 3 tyg. temu)			TAK, to kiedy? (przybliżony czas ostatniej dawki)..... Proszę podać nazwę suplementu.....
3. Czy przyjmuje Pan/i leki przeciwdrgawkowe lub glikokortykosteroidy?			TAK, proszę podać nazwę i dawki:
4. Czy aktualnie przyjmuje Pan/i inne leki?			TAK, proszę podać nazwę i dawki:
5. Czy latem stosuje Pan/i filtry przeciwsłoneczne?			Rzadko ☐
6. Czy aktualnie przyjmuje Pan/i suplementy diety z biotyną (na skórę włosy paznokcie), witaminę C, Zemplar (syntetyczna aktywna postać witaminy D)?			TAK, proszę podać nazwę i dawki jeśli pamiętasz.....
7. Czy chorował/a Pan/i lub obecnie choruje			TAK, choruję na

24D-5 Kwestionariusz medyczny dla uczestnika badania „Witamina D”

na choroby wątroby lub/i nerek ?			od lat.
8. Czy w okresie ostatnich 10 lat chorował/a Pan/i lub obecnie choruje na: • choroby serca lub układu krążenia? • choroby metaboliczne endokrynologiczne lub choroby uznawane za dziedziczne (np.: cukrzycę, zapalenie tarczycy, hemofilię)? • choroby układu pokarmowego? • choroby układu moczowego? • choroby układu oddechowego? • chorobę nowotworową?			TAK , chorowałem/łam na....., od lat. TAK , choruję na od lat.
9. Czy przebywał/a Pan/i w ciągu ostatnich 3 miesięcy w krajach o wysokim nasłonecznieniu?			
10. Czy spożywa i jak często Pan/i produkty o wysokiej zawartości kwasów OMEGA-3,6 (np. oleje roślinne, ryby morskie, orzechy włoskie, tran)?			TAK , spożywam, razy w tygodniu.
11. Czy prowadzi Pan/i aktywny tryb życia? (Sport, siłownia, basen, rower, bieganie, inne...)			Regularnie ☐ Czasem ☐ Rzadko ☐ Wcale ☐
12. Czy prowadzi Pan/i raczej „siedzący” tryb życia (np. praca biurowa)?			
13. Jak często oddaje Pan/i krew w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa?			3-4 razy w roku ☐ 2-3 razy w roku ☐ 1-2 razy w roku ☐ Mniej niż 1 raz w roku ☐ Po raz pierwszy ☐ Nigdy ☐
14. Miejsce zamieszkanie (zakreślić prawidłowe)	☐	Miasto	☐ Wieś

Oświadczam, że wyżej podane informacje są kompletne i zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data wypełnienia kwestionariusza)

.....
(podpis uczestnika badania)