

Ερωτηματολόγιο Ιατρικής και Χειρουργικής Απώλειας Βάρους

Σύντομος οδηγός και πληροφορίες συμπλήρωσης:

1. Τι πρέπει να ξέρω για την παχυσαρκία;

Η Παχυσαρκία είναι πολυπαραγοντική νόσος, συνεπώς και η επιτυχής αντιμετώπιση της οφείλει να είναι πολυπαραγοντική.

Για να μπορέσουμε να σχεδιάσουμε το κατάλληλο εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο, πρέπει να γνωρίζουμε όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες από το ιστορικό σας, τις πιθανές αιτίες πρόσληψης βάρους, προηγούμενες προσπάθειες απώλειας βάρους και λόγους πιθανής επαναπρόσληψης. Αυτό θα μας επιτρέψει να αποφασίσουμε για την ιδανική θεραπεία, η οποία θα σας βοηθήσει να μειώσετε την πιθανότητα επαναπρόσληψης βάρους στο μέλλον.

Σε γενικές γραμμές, άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος 28-35 kg/m² αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή και ενδοσκοπικές επεμβάσεις, ενώ για άτομα με ΔΜΣ 35 kg/m² και άνω, η καταλληλότερη θεραπεία που εγγυάται καλύτερο και πιο μόνιμο αποτέλεσμα είναι η χειρουργική, ειδικά όταν συνυπάρχουν άλλες παθήσεις που σχετίζονται με το επιπλέον βάρος.

2. Γιατί χρειάζεστε αυτές τις πληροφορίες;

Για να διευκολύνετε την εξειδικευμένη εκτίμηση, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε με ειλικρίνεια το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Μπορεί να σας φαίνεται χρονοβόρο, και υπάρχουν κάποιες πολύ προσωπικές ερωτήσεις, όμως όλες αυτές οι πληροφορίες θα μας βοηθήσουν να προσφέρουμε την πιο αποτελεσματική θεραπεία. Ο καθένας έχει μια διαφορετική ιστορία να διηγηθεί, σχετικά με το πως πήρε βάρος, τι προσπάθειες απώλειας βάρους έχει κάνει, τι δούλεψε και τί όχι. Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο με την ησυχία σας, και αν έχετε αμφιβολίες σχετικά με μια ερώτηση, γράψτε την πλησιέστερη απάντηση, η σημειώστε την ως θέμα προς συζήτηση κατά τη διάρκεια του ραντεβού.

3. Είναι ασφαλή τα προσωπικά μου δεδομένα;

Στην Ευρωκλινική ακολουθούμε όλους τους κανονισμούς για τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου βάσει των Ευρωπαϊκών οδηγιών GDPR. Μπορείτε να δείτε την πολιτική απορρήτου και προσωπικών δεδομένων μας πατώντας [εδώ](#).

4. Πως συμπληρώνω το ερωτηματολόγιο;

Μπορείτε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο με τους παρακάτω τρόπους:

- Να το επεξεργαστείτε ως έγγραφο Word και να μας το στείλετε στο email mkt@euroclinic.gr
- Να το εκτυπώσετε, να το συμπληρώσετε, να το συμπληρώσετε και να μας το στείλετε στο email mkt@euroclinic.gr
- Για οποιαδήποτε πληροφορία, διευκρίνιση, ραντεβού κλπ μπορείτε να επικοινωνείτε μαζί μας (Δευτ.- Παρ., 9:00-17:00) στο τηλ: 210 6416041



Δήλωση Ενημερωμένης Συγκατάθεσης

Με το παρόν δηλώνω ότι τα παρακάτω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή και παρέχω τη συγκατάθεσή μου όπως, η εταιρεία με την επωνυμία «Γενική Κλινική – Διαγνωστικό Θεραπευτικό Χειρουργικό Κέντρο Ευρωκλινική Αθηνών Α.Ε.» και οι συνεργαζόμενοι με αυτήν ιατροί, επεξεργαστούν τα παρακάτω στοιχεία που με αφορούν αποκλειστικά για τον σκοπό της αξιολόγησης της παθολογίας μου και της δυνατότητας αντιμετώπισής της με την καταλληλότερη, βάσει των παρακάτω ενδείξεων, επέμβαση, καθώς και όπως, με την ολοκλήρωση της ως άνω αξιολόγησης, επικοινωνήσουν μαζί μου στον αναγραφόμενο αριθμό τηλεφώνου για την παροχή σε εμένα πληροφοριών βάσει των απαντήσεών μου και για κλείσιμο/επιβεβαίωση ραντεβού. Τέλος, κατανοώ και παρέχω τη συγκατάθεσή μου όπως διατηρηθούν, αποκλειστικά για τον προαναφερόμενο σκοπό και για χρονικό διάστημα δύο (2) μηνών, τα παρακάτω στοιχεία που με αφορούν από την ως άνω εταιρεία και τους συνεργαζόμενους με αυτήν ιατρούς.

Ναι

Όχι

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τα παρακάτω στοιχεία θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για να επικοινωνήσουμε μαζί σας για να σας δώσουμε πληροφορίες βάσει των απαντήσεών σας στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώσατε

Ημερομηνία συμπλήρωσης:	
Τηλέφωνο:	

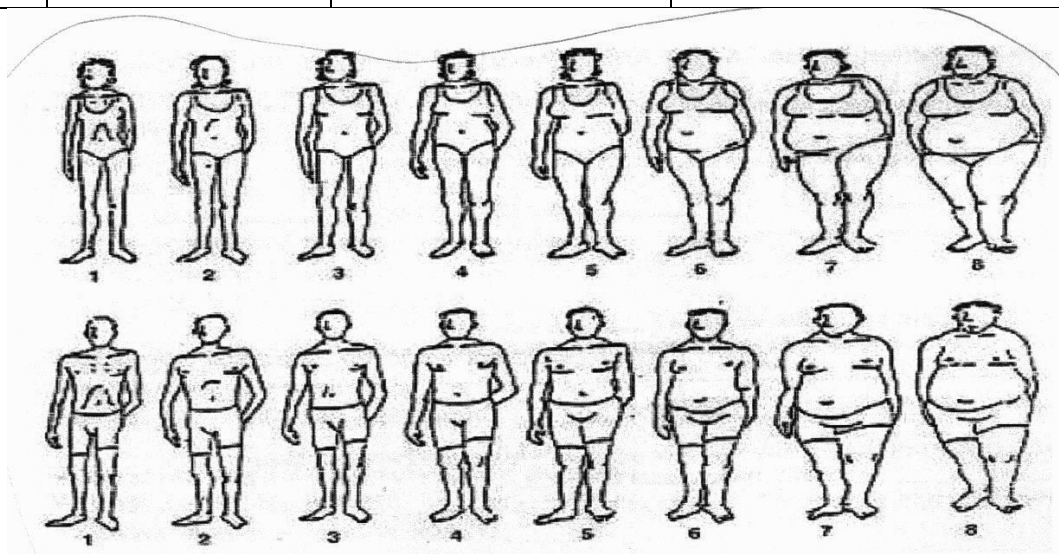
2. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ημ. γέννησης:	
Ηλικία: <i>(Σε περίπτωση που δεν θέλετε να συμπληρώσετε την ημ. γέννησής σας)</i>	
Βάρος:	
Ύψος:	
Δείκτης Μάζας Σώματος: <i>(Ο ΔΜΣ υπολογίζεται ως το αποτέλεσμα της πράξης Βάρος / ύψος². Αν έχετε δυσκολία να κάνετε την πράξη πατήστε εδώ για να υπολογίσετε το ΔΜΣ αυτόματα)</i>	
Πόσο βάρος επιθυμείτε να χάσετε;	
Πώς ενημερωθήκατε για εμάς;	



3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΒΑΡΟΥΣ

Ηλικία	Βάρος <i>(το βάρος που είχατε την παρακάτω χρονική περίοδο κατά προσέγγιση)</i>	Εμφάνιση <i>(συμβουλευτείτε την παρακάτω εικόνα και συμπληρώστε το γράμμα που ταιριάζει περισσότερο)</i>	Ποιοι παράγοντες συνέβαλαν στη μεταβολή του βάρους; <i>(περιγράψτε συνοπτικά, αν θυμάστε)</i>
Παιδική			
Εφηβική			
20-30			
30-40			
40-50			
50-60			
Βάρος προ 12 μηνών			
Βάρος σήμερα			



4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

Τι δουλειά κάνετε;

Καπνίζετε;

Ναι/ Όχι

Αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα και για πόσα χρόνια; _____

Αν όχι, καπνίζατε στο παρελθόν;

Ναι/ Όχι

Σκέφτεστε να κόψετε το κάπνισμα;

Ναι/ Όχι

Πίνετε αλκοολούχα ποτά;

Ναι/ Όχι

Πόσες μέρες την εβδομάδα πίνετε αλκοόλ; _____

Πόσα ποτήρια πίνετε κάθε φορά κατά μέσο όρο; _____

Είναι ο/η σύντροφος, τα παιδιά ή άλλοι στο σπίτι υπέρβαροι;

Ναι/ Όχι

Είναι ο/η σύντροφος, τα παιδιά ή άλλοι θετικοί για τον στόχο απώλειας βάρους;

Ναι/ Όχι

Αν όχι, πως θα μπορούσε ο/η σύντροφος, τα παιδιά ή άλλοι στο σπίτι να σας στηρίξουν στην προσπάθεια απώλειας βάρους;

Έχετε υποβληθεί στο παρελθόν σε επέμβαση παχυσαρκίας;

Ναι/ Όχι

Αν ναι, δώστε μας λεπτομέρειες σχετικά με τον τύπο και την ημερομηνία της επέμβασης

5. ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ

Τι αλλαγές κάνετε ή σκέφτεστε να κάνετε στη διατροφή και τον τρόπο ζωής σας;

Πιστεύετε ότι θα χρειαστούν και επιπλέον αλλαγές στη διατροφή και στον τρόπο ζωής; Ναι/ Όχι

Τι επιπλέον αλλαγές διατροφής και τρόπου ζωής πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να κάνετε;



6. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε κατά το παρελθόν αν κάνατε και ποιες, προσπάθειες απώλειας βάρους. Προσπαθήστε να δώσετε όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες. Θα μας βοηθήσουν να καταλάβουμε από που θα ξεκινήσουμε την εξατομικευμένη θεραπεία απώλειας βάρους

Τύπος προσπάθειας απώλειας βάρους	Ημερομηνία έναρξης	Ημερομηνία διακοπής και Λόγοι διακοπής	Συχνότητα	Πόσο βάρος χάσατε;	Για πόσο καιρό διατηρήσατε την απώλεια βάρους;
Με διαιτολόγο					
Με γιατρό					
Περιορισμός θερμίδων					
Κετονική					
Πρωτεϊνική					
Διαλειμματική νηστεία					
Γεύματα στο σπίτι					
Ομαδικά προγράμματα (πχ Weight Watchers)					
Γυμναστήριο					
Spa- Boot camp					



7. ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Έχετε πάρει στο παρελθόν φάρμακα για απώλεια βάρους; **Ναι/ Όχι**

Αν ναι, δώστε όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες

Βάλτε σε κύκλο	Ημερομηνία έναρξης	Αρχικό βάρος	Ημερομηνία και λόγοι διακοπής	Πόσο βάρος χάσατε;	Για πόσο καιρό διατηρήσατε την απώλεια βάρους;
Xenical/Orlistat					
Reductil					
Mysimba					
Saxenda/Victoza/Trulicity					
Άλλα φάρμακα, π.χ. συμπληρώματα, φυτικά, λιποδιαλύτες κτλ					



8. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

Τι είναι αυτό που σας εμποδίζει να χάσετε βάρος;

Εφόσον χάσατε βάρος στο παρελθόν, ποιοι παράγοντες οδήγησαν σε επαναπρόσληψη του βάρους;

Αυτό που σας κάνει να παίρνετε βάρος είναι:

Τρώω φυσιολογικά και δεν ξέρω γιατί παίρνω βάρος	Ναι/ Όχι
Γλυκά-σοκολάτες-παγωτά	Ναι/ Όχι
Τσιμπολογήματα-λιγούρες	Ναι/ Όχι
Μεγάλη ποσότητα φαγητού	Ναι/ Όχι
Επεισόδια υπερφαγίας	Ναι/ Όχι
Κακή ψυχολογία	Ναι/ Όχι

Άλλοι λόγοι

9. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. Είχατε ποτέ πρόβλημα με κατάθλιψη, άγχος, ή άλλα συναισθήματα που να είχαν αντίκτυπο στην υγεία σας; Ναι / Όχι
2. Χρειαστήκατε ποτέ βοήθεια από ειδικό για διαταραχές συναισθήματος; Ναι / Όχι
3. Ήσασταν ποτέ υπό παρακολούθηση από ψυχολόγο; Ναι / Όχι
4. Έχετε χρησιμοποιήσει ποτέ μαριχουάνα, κοκαΐνη ή άλλες ουσίες μέσα στον τελευταίο χρόνο; Ναι / Όχι
5. Είχατε ποτέ προβλήματα με αλκοόλ ή χρήση άλλων φαρμάκων; Ναι / Όχι
6. Παίρνετε κάποια αγωγή για κατάθλιψη; Ναι / Όχι
7. Αν ναι τι φάρμακα παίρνετε; _____

Αν έχετε απαντήσει **Ναι** σε οποιαδήποτε από τις ερωτήσεις ψυχικής υγείας, περιγράψτε πότε είχατε το πρόβλημα, τι πρόβλημα είχατε και τι σας βοήθησε να το ξεπεράσετε.



10. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ιατρικό ιστορικό

Πάσχετε από **Διαβήτη**; Ναι/ Όχι

Αν ναι, πότε πρωτοδιαγνωσθήκατε; _____

Παίρνετε **Αντιδιαβητικά φάρμακα**; Ναι/ Όχι

Αν ναι, τί είδους φάρμακα

- Ινσουλίνη
- Χάπια

Παίρνετε φάρμακα για **Υπέρταση**; Ναι/ Όχι

Παίρνετε φάρμακα για **Ψηλή Χοληστερίνη**; Ναι/ Όχι

Έχετε προβλήματα με την **Καρδιά**; Ναι/ Όχι

Αν ναι, τι πρόβλημα έχετε; _____

Πάσχετε από **Υπνική Άπνοια**; Ναι/ Όχι

Πάσχετε από **Άσθμα**; Ναι/ Όχι

Αν ναι, παίρνετε **αγωγή** με:

- Εισπνεόμενα;
- Μάσκες ή κορτιζονούχα;

Πάσχετε από **αρθρίτιδα** στη μέση ή στα πόδια; Ναι/ Όχι

Χρειαστήκατε ποτέ **χειρουργείο** για πρόβλημα στη μέση ή στις αρθρώσεις; Ναι/ Όχι

Πάσχετε από **Γαστρο-οισοφαγική Παλινδρόμηση**; (καούρες, δυσπεψία κτλ) Ναι/ Όχι

Παίρνετε **φάρμακα** για παλινδρόμηση;

- Όχι
- Αραιά
- Καθημερινά

Χρειαστήκατε ποτέ **επέμβαση** για θεραπεία της παλινδρόμησης; Ναι/ Όχι

Έχετε προβλήματα από το **συκώτι**; Ναι/ Όχι

Αν ναι, τι πρόβλημα; (π.χ., λιπώδες ήπας, κίρρωση κτλ) _____



Είχατε ποτέ **θρόμβωση** στα πόδια ή στους πνεύμονες; (εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση) Ναι/ Όχι

Έχετε κάποιο **Νευρολογικό ιστορικό**; Ναι/ Όχι

Έχετε κάνει ποτέ επιληψία/σπασμούς; Ναι/ Όχι

Υπάρχουν άλλα προβλήματα/φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται στα παραπάνω; Ναι/ Όχι
Αν ναι περιγράψτε

Οικογενειακό ιστορικό

Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό **Διαβήτη**; Ναι/ Όχι

Αν ναι, ποια μέλη της οικογένειας; _____

Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό **παχυσαρκίας**; Ναι/ Όχι

Αν ναι, ποια μέλη της οικογένειας; _____

Για γυναίκες μόνο: Είχατε ποτέ

Υστερεκτομή; Ναι/ Όχι

Εμμηνόπαυση; Ναι/ Όχι

Η περίοδος σας είναι:

- Σταθερή
- Ασταθής
- Βαριά αιμορραγία
- Δεν έχω περίοδο

Πάσχετε από **σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών**; Ναι/ Όχι



Σας ευχαριστούμε που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο

Σκέψεις και σχόλια: Αν υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να προσθέσετε ή να αναφέρετε, συμπληρώστε παρακάτω
