

WYWIAD DIETETYCZNO BEHAVIORALNY

Wywiad ma na celu poznanie dziecka/osoby dorosłej i jego najbliższej rodziny w obszarze żywienia i kwestii z tym związanych.

Rzetelnie wypełniona ankieta, z jak największą bazą informacji, pozwoli na stworzenie strategii żywieniowej, która będzie dopasowana pod Państwa indywidualne możliwości i potrzeby: dziecka i rodziny.

Uzupełnienie ankiety może zająć trochę czasu, warto jednak poświęcić jej swoją uwagę.

Być może na część z pytań nie będziecie Państwo w stanie od razu odpowiedzieć lub też informacje będą różne w zależności do tygodnia, bieżących wydarzeń w domu czy aktualnego stanu zdrowia dziecka lub Was jako Rodzica. Proszę wtedy dopisać informację wyjaśniającą rozbieżność albo nieregularność.

Wywiad obejmuje 3 obszary:

- informacje zdrowotne na temat dziecka/osoby dorosłej, u której podejmowane będą działania oraz najbliższej rodziny
- dostarczane produkty żywieniowe (ich rodzaj i ilość)
- zwyczaje (pory dnia/godziny zjadania posiłków/snu), aktywność fizyczna

Na końcu wywiadu jest również miejsce na dopisanie informacji, które uznacie Państwo za istotne z punktu widzenia oddziaływań żywieniowych.

Wypełniony arkusz należy przekazać do Ośrodka Diagnostyczno-Badawczego PrymusEEG.

Etapy

- RODZICE/OPIEKUNOWIE - uzupełnienie arkusza przez Rodziców
- PSYCHODIETETYK- ustalenie celu planu żywieniowego i sposobu wprowadzania alternatywnych rozwiązań (termin ok. 7 dni od otrzymania wypełnionej ankiety)
- RODZICE/OPIEKUNOWIE - realizacja planu przez 2 -4 tygodni
- RODZICE/OPIEKUNOWIE i PSYCHODIETETYK -po ok. 2-4 tygodniach konsultacja telefoniczna lub poprzez videorozmowę (wykorzystując facebook Messenger/Skype/Google Hangouts – do wzajemnego ustalenia) – omówienie postępów, trudności, wprowadzanie zmian, wsparcie w zakresie realizacji zamierzonych celów

Kontakt:

Małgorzata Kozak Buchalik

mkbpsychodietetyk@gmail.com

Jak wypełniać?

Proszę zakreślać lub podkreślać odpowiedź oraz dopisać informacje dodatkowe w pustych polach (jeśli są takie zapytania).



przykład

Jaki jest stan zdrowia dziecka i jego rodziny?				
Czy w rodzinie występuje tendencja do:	otyłość	nadwaga	niedowaga	nie dotyczy
Choroby występujące w rodzinie	cukrzyca	nadczynność niedoczynność tarczycy Hashimoto	dna moczanowa	zaburzenia ze strony jelit

WYWIAD DIETETYCZNO BEHAWIORALNY

Imię i nazwisko dziecka (imię i inicjał nazwiska)					
Wiek		Wzrost		Waga	
Data wypełnienia ankiety					
Osoba wypełniająca		Imię i nazwisko			
		Telefon			
		Adres e-mail			

STAN ZDROWIA OGÓLNY

Jaki jest stan zdrowia dziecka i jego rodziny?				
CZY W RODZINIE WYSTĘPUJE TENDENCJA DO	otyłość	nadwaga	niedowaga	nie dotyczy
CHOROBY WYSTĘPUJĄCE W RODZINIE	cukrzyca	- nadczynność - niedoczynność tarczycy - hashimoto	dna moczanowa	zaburzenia ze strony jelit
	inne			
JAK CZĘSTO DZIECKO MA INFЕКCJE/CHORUJE	raz w miesiącu	raz na 2-3 miesiące	raz na 6 miesięcy	rzadziej niż raz na 6 miesięcy
INNE CHOROBY DZIECKA WSPÓLISTNIEJĄCE				

Czy dziecko przyjmuje następujące preparaty?

(Jeśli w tabeli nie zostały wymienione te preparaty, które przyjmuje dziecko proszę je dopisać w puste pola, można wpisywać nazwy własne)

WITAMINY	Witamina A	Witamina B	Witamina C	Witamina D
SKŁADNIKI MNERALNE	Wapno	Żelazo	Potas	Magnez
PREPARATY ZAWIERAJĄCE KURKUMINĘ	Kurkuma Piperyna	Biovitum Kurkuma		
PREPARATY ROŚLINNE ZIOŁA	Mięta	Zioła na trawienie	inne (jakie?)	
INNE	Kwasy omega 3	Tran		

Korzystanie z dietetyka, własne doświadczenia we wprowadzaniu nowych produktów, rezygowaniu z innych

CZY KTOŚ W RODZINIE KORZYSTA Z PORAD DIETETYKA	Tak, rodzic	Tak, dziecko	Tak, inna osoba Np. .rodzeństwo	Nie korzystaliśmy
CZY PODEJMOWANE BYŁY PRÓBY WPROWADZANIA ALTERNATYWNYCH DIET	Tak	Nie	miejsce na wpisanie dodatkowych informacji	

JEDZENIE POKARMÓW i PRODUKTÓW

Jakie produkty dziecko bardzo lubi?

Zasugerowane są tu m.in. produkty słodkie i napoje gazowane, ale jest to tylko podpowiedź.

BARDZO WAŻNE jest, aby wpisać tu wszystkie produkty żywnościowe, **które LUBI DZIECKO**

W przypadku informacji dotyczących słodczy, napojów słodzonych najlepiej proszę podać nazwy własne tych produktów, ale jeśli Państwo nie pamiętają konkretnej nazwy i producenta (informacja z opakowania) proszę podać ogólny rodzaj np. czekolada, żelki itp.

SŁODYCZE	czekolada	lody	želki	landrynki
	Inne (jakie?)			
INNE PRODUKTY	mięso	jakie?		
	produkty młeczne	jakie?		
	produkty mączne	jakie?		

	warzywa	jakie?		
	owoce	jakie?		
	Inne (jakie?)			
NAPOJE GAZOWANE	coca cola pepsi cola	Sprite mirinda	Wody słodkie	
INNE, JAKIE?				
CZY DZIECKO PODJADA MIĘDZY POSIŁKAMI?	TAK	NIE		

Miejsce na podanie dodatkowych informacji:

W jaki sposób dziecko spożywa pokarmy?				
SAMODZIELNOŚĆ W SPOŻYWANIU POKARMÓW	jest karmiony	je samodzielnie	potrafi przygotować prostą potrawę (kromka chleba, herbatę posłodzić)	
ZJADA POKARMY O KONSYSTENCJI	płynnej półpłynnej	tylko twarde	Inne (jakie?)	
MIEJSCE SPOŻYWANIA POSIŁKÓW	zjada przy stole, razem z innymi domownikami	je przed telewizorem (lub innym swoim miejscu)	Inne (jakie?)	
CZY ZDARZAJĄ SIĘ NAPADY GŁODU?	tak	nie	inne :	
CZY ZDARZAJĄ SIĘ NAPADOWE CHĘCI NA COŚ SŁODKIEGO LUB SŁONEGO	tak	nie	inne :	
CZY DZIECKO UCZESTNICZY W PRZYGOTOWYWANIU POSIŁKU?	komunikuje co chciałby zjeść	wyjmuje z lodówki, innego miejsca swój ulubiony produkt (np. sam bierze z lodówki serek, napój, czekoladę)	rozkłada talerze do stołu	
CZY DZIECKO TOWARZYSZY W ZAKUPACH SPOŻYWCZYCH?	nie chodzi na zakupy lub biernie w nich uczestniczy	pomaga: szuka na półkach danego produktu	pomaga w pakowaniu zakupów (np. do koszyka, do lodówki, na półki)	potrafi kupić np. chleb, lody w osiedlowym sklepie
JAKIE NAPOJE DZIECKO WYPIJA W CIAGU DNIA	herbaty czarna	herbata zielona	Woda gazowana Woda niegazowana	

Jaka jest aktywność dziecka?				
W CZASIE ZABAWY	spokojny	adekwatne do sytuacji zabawowej	szybki, rozbiegany	nadaktywny pobudzony

W CZASIE SPOŻYWANIA POSIŁKU	spokojny	adekwatne do sytuacji	„wierci się” przy jedzeniu	zjada posiłki w tzw. biegu
	wypluwa pokarm	jedzenie posiłków głównych trwa bardzo długo	Inne (jakie?)	
SEN I WYPOCZYNEK	zwykle wstaje o godzinie :	zwykle kładzie się spać o godzinie:	drzemki w ciągu dnia:	potrzebuje odpoczynku, ale nie zasypia
ULUBIONE AKTYWNOŚCI (PROSZĘ WYPISAĆ TE CZYNNOŚCI, KTÓRE DZIECKO BARDZO LUBI WYKONYWAĆ: sport, bawić się czymś, patrzeć ,słuchać...)				
CZYNNOŚCI, KTÓRE DZIECKO WYKONA PO ZACHĘCANIU, NAMOWIE lub W SYTUACJACH WYJĄTKOWYCH				

*Jakie okoliczności - **na dzień dzisiejszy**- Pani/Pana zdaniem będą najtrudniejsze , a jakie najłatwiejsze przy wprowadzaniu zmiany nawyków żywieniowych?*

Proszę zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie

	ŁATWE	TRUDNE
Wprowadzanie nowego produktu /posiłku		
Zakończenie podawania ulubionego produktu , potrawy		
Zmiana godzin podawania posiłków		
Zmiana godzin aktywności dziecka (np. idzie spać wcześniej/później)		
Gotowanie posiłków innych dla dziecka, innych dla reszty rodziny (dodatkowe gotowanie)		
Konieczność kupowania nowych produktów żywnościowych („nie znam się na tym”, „nie wiem co mam wybrać”)		
Współdział rodziny (bliższej lub dalszej) we wprowadzaniu nowych nawyków żywieniowych (np. zrezygnować z podawania słodkiego na wspólnych spotkaniach rodzinnych)		
Możliwości finansowe (konieczność zakupu suplementów – witamin, minerałów, kupowanie droższych, alternatywnych produktów)		

Zachowanie dziecka przy wprowadzaniu lub ograniczaniu produktów		
Systematyczność		
Wygospodarowanie dodatkowego czasu, aby uczyć dziecko nowych smaków (np. w czasie dodatkowej zabawy)		
Włączanie dziecka do robienia wspólnych zakupów, gotowania, przygotowania posiłków		

Poniżej proszę wpisać informacje dodatkowe, które Państwo uznacie za istotne z punktu widzenia oddziaływań żywieniowych