

I.

Czy OBECNIE występują u Pani następujące objawy ?

- Zmęczenie (rozumiane jako CIĄGŁE uczucie zmęczenia) ? TAK / NIE,
- Ogólne osłabienia (rozumiane jako CIĄGŁE uczucie osłabienia) ? TAK / NIE,
- Brak energii (rozumiany jako CIĄGŁY brak energii) ? TAK / NIE,
- Senność (rozumiana jako CIĄGŁE uczucie senności) ? TAK / NIE,
- Bóle głowy TAK / NIE.
- Zmiany nastroju TAK / NIE
- Drażliwość / rozdrażnienie TAK / NIE,
- Objawy depresji - obniżenie nastroju TAK / NIE,
- Zaburzenia snu TAK / NIE,
- Trudności z koncentracją TAK / NIE,
- Kłopoty z pamięcią TAK / NIE.
- Suche włosy TAK / NIE,
- Wypadanie włosów TAK / NIE,
- Nadmierne siwienie włosów TAK / NIE.
- Sucha skóra TAK / NIE,
- Łuszczenie skóry TAK / NIE.
- Wolniejsze gojenie się ran TAK / NIE.
- Łamliwość paznokci TAK / NIE.
- Zwiększona podatność na infekcje TAK / NIE,
- Inne objawy wskazujące na osłabioną odporność TAK / NIE. Proszę podać jakie:

-
- Brak apetytu TAK / NIE,
 - Problemy z wypróżnianiem TAK / NIE,
 - Biegunki TAK / NIE,
 - Stłuszczenie wątroby TAK / NIE.
 - Niedokrwistość (anemia) TAK / NIE,
 - Zaburzenia płodność TAK / NIE,
 - Osłabienie libido TAK / NIE,
 - Zwiększenie libido TAK / NIE.
 - Zaburzenia przemiany glukozy TAK / NIE: stany hipoglikemii TAK / NIE,
 - Zaburzenia przemiany lipidów TAK / NIE: cholesterolu TAK / NIE, trójglicerydów TAK / NIE.
 - Zanik mięśni TAK / NIE,
 - Osteopenia TAK / NIE,
 - Osteoporoza TAK / NIE.
 - Nadciśnienie tętnicze TAK / NIE,
 - Miażdżyca TAK / NIE,

Czy w PRZESZŁOŚCI lub OBECNIE stosowała Pani nietypowe sposoby odżywiania takie jak ?

- Diety restrykcyjne TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Diety ubogo białkowe TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Diety wegańskie TAK / NIE. Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Diety wegetariańskie TAK / NIE. Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Niedożywienie, głodzenie TAK / NIE. Jeżeli tak to **kiedy** ?.....

Czy w PRZESZŁOŚCI lub OBECNIE występowały u Pani ? *

- Zaburzenia wchłaniania. TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Choroby nerek TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Choroby wątroby TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Nowotwory TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Rozległe oparzenia TAK / NIE. Jeżeli tak to **kiedy** ?.....

Czy w DZIECIŃSTWIE występowały u Pani opóźnienia rozwojowe pod postacią ?

- Zahamowanie wzrostu. TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....
- Kłopoty z uczeniem się TAK / NIE, Jeżeli tak to **kiedy** ?.....

II.

Czy OBECNIE występują u Pani następujące objawy?

- Wzdęcia TAK / NIE,
- Gazy TAK / NIE,
- Bóle brzucha TAK / NIE,
- Biegunki TAK / NIE,
- Zaparcia TAK / NIE,
- Nudności TAK / NIE.
- Bóle głowy TAK / NIE,
- Zmęczenie (rozumiane jako CIĄGŁE uczucie zmęczenia) ? TAK / NIE,
- Osłabienie (rozumiane jako CIĄGŁE uczucie osłabienia) ? TAK / NIE
- Zmiany nastroju TAK / NIE
- Drażliwość / rozdrażnienie TAK / NIE, *
- Objawy depresji / obniżenie nastroju TAK / NIE, *
- Zaburzenia snu TAK / NIE,
- Trudności z koncentracją TAK / NIE,
- Kłopoty z pamięcią TAK / NIE.
- Nieprzyjemny zapach z ust (**halitoza**) TAK / NIE,
- Trądzik TAK / NIE,
- Przetłuszczanie skóry TAK / NIE,
- Przyspieszone starzenie się skóry TAK / NIE,
- Wypadnie włosów TAK / NIE,
- Napady kolki nerkowej (kamienie nerkowe) TAK / NIE,
- Zaburzenia funkcji nerek TAK / NIE,
- Częste oddawanie moczu TAK / NIE,
- Zwiększone pragnienie TAK / NIE,
- Stany odwodnienia TAK / NIE,
- Osteopenia / osteoporoza TAK / NIE, *
- Zwiększone wydalanie wapnia TAK / NIE,
- Zwiększenie poziomu AMONIAKU w surowicy krwi TAK / NIE,
- INSULINOOPORNOŚĆ TAK / NIE,
- Kwasice TAK / NIE.

(*) - niepotrzebne skreślić