

Анкета для мужской консультации

	- Укажите Вашу страну проживания - Укажите страну, в которую Вы будете заказывать витамины для прохождения схемы (например: Украина\Европа\Турция) (если страны совпадают - напишите только одну страну)	
1	Ваши ФИО	
2	а. Какой для Вас удобный мессенджер для связи? (<i>whatsapp / telegram / zoom</i>) б. Ваш номер телефона для связи или номер на котором зарегистрирован удобный мессенджер? (<i>пожалуйста, напишите номер в международном формате: +380... +1... +90... +48... +49... +33...</i>)	
3	Ваша дата рождения	
4	Ваши рост и вес	
5	В какое время Вы просыпаетесь и засыпаете? Приносит ли Вам сон удовольствие? Бывают ли у Вас ночные пробуждения?	
6	Как быстро вы засыпаете и сложно ли Вам просыпаться по утрам? Чувствуете ли Вы усталость при полноценном восьмичасовом сне?	
7	Есть ли у Вас следы от зубов по бокам языка?	
8	Наблюдается ли у Вас скрип зубами , слюнотечение, излишняя потливость во сне.	
9	Есть ли у Вас синяки под глазами или вокруг глаз?	
10	Чувствуете ли Вы иногда, что Ваши руки/ноги мерзнут? Бывают ли у Вас холодные (мерзнущие) и/или мокрые кисти и стопы?	
11	Чувствуете ли Вы дефицит энергии?	
12	Кружится ли у Вас голова при резком	

	подъеме?	
13	Бывают ли у Вас периодические головные боли, головокружения, темные “мушки” перед глазами?	
14	Есть ли у Вас хронические заболевания? Если да, то какие? Возможно Вы находитесь в зоне риска, по какому-либо заболеваниям?	
15	Чувствуете ли Вы боль в теле? Если да то где?	
16	Есть ли у Вас отеки на лице по утрам и/или отечное лицо на протяжении дня? Есть ли у Вас отеки на ногах и лодыжках?	
17	Есть ли у Вас высыпания на теле? Есть ли у Вас высыпания на лице?	
18	Замечали ли Вы, что со временем появилось больше родинок и/или красных пятнышек на коже? Есть ли у Вас папилломы? (<i>Папилломы – это небольшие кожные новообразования, которые могут выступать над поверхностью кожи</i>)	
19	Есть ли у Вас пожелтение склер глаз или кожи лица?	
20	Курите ли Вы, если да, то какое количество сигарет в день?	
21	Вы выпиваете алкоголь? Если да, то какое количество за неделю?	
22	Есть ли у Вас варикоз и/или геморрой?	
23	Бывает ли у Вас регулярное легкое покашливание и/или чувство поперхивания.	
24	Какой Ваш уровень регулярной физической нагрузки? (прогулки, зарядка, езда на велосипеде, танцы, йога, фитнес) Если Вы занимаетесь спортом, то напишите каким видом и количество тренировок в неделю?	
25	Есть ли у Вас плохая переносимость физических нагрузок и/или мышечная слабость?	

26	Какое у Вас давление? Повышенное или пониженное? Какие цифры артериального давления нормальны для Вас?	
27	Замечали ли Вы у себя быстрое образование синяков на теле?	
28	Если у Вас были хирургические операции (травмы), укажите даты проведения и причины?	
29	Часто ли Вы болеете вирусными инфекциями? <i>(например ОРВИ, герпес и т.д.)</i>	
30	Есть ли у Вас хронический тонзиллит, проблемы с миндалинами или ангины?	
31	Когда вы последний раз пропивали антибиотики? Сколько раз Вы принимали антибиотики за последние 5 лет?	
32	Принимаете ли Вы сейчас лекарственный средства? Какие? <i>(Не витамины. Например: статины, эутирокс; л-тироксин)</i>	
33	Какие витамины Вы пили за последние 3 месяца? <i>Укажите примерные дозировки или название комплекса. Какая была продолжительность курса?</i>	
34	Какие витамины Вы пьете сейчас и в каких дозировках?	
35	Есть ли у Вас “профессиональные” вредности на работе? <i>(лекарственные средства, бытовая химия, нефтепродукты, краски, лаки и т.д.)</i> <i>Например:</i> - сидячая работа более 8 часов в день - ежедневное вдыхание испарений от лака или ацетона	
36	Замечали ли Вы у себя белый налет на языке по утрам?	
37	Как часто у Вас бывают молочницы или другие проявления кандидоза?	
38	Есть ли у Вас грибок на ногтях?	
39	В каком состоянии находятся ваши ногти?	

	<i>(Слоятся, белые пятна или полосы, неровная поверхность, нет лунок)</i>	
40	Наблюдаете ли Вы у себя повышенное выпадение волос? В каком состоянии находятся ваши волосы? <i>(секутся, спутываются, нет блеска, перхоть, сильно жирнятся)</i>	
41	Наблюдается ли у Вас дефицит массы тела при нормальном аппетите?	
42	Если у Вас есть лишний вес, то где он сосредоточен? (на животе, бедрах, спине). Наблюдаются ли у Вас жировые отложения, которые нависают на ремень или пояс одежды?	
43	При попытках снизить вес, результат малоэффективен, хоть и используется физическая нагрузка и ограничения в питании?	
44	Наблюдается ли у Вас низкое либидо?	
45	Замечали ли Вы у себя повышенную сухость кожи?	
46	В случае имеющихся аллергических реакций, укажите вещества которые вызывают аллергию и симптомы проявления? Укажите есть ли у Вас аллергические проявления на коже тела, лица, глаз. Наблюдаются ли аллергические реакции такие как насморк и кашель?	
47	Наблюдается ли у Вас снижение концентрации, внимания, памяти, рассеянность?	
48	Замечали ли Вы за собой повышенную раздражительность и “бурную реакцию” на незначительные события?	
49	Ощущаете ли Вы потерю жизненных сил и активности в период с 14:00 до 17:00?	
50	Выберите пункты, который вы наблюдали у себя, подчеркните нужное и уточните как часто и продолжительно: 1. Тошнота и/или тяжесть в желудке 2. Отрыжка воздухом после еды	

	3. Неприятный запах изо рта 4. Вздутие, бурление, урчание в животе 5. Изжога 6. Боли в животе сразу после еды 7. Боли в околопупочной области 8. Дискомфорт в правом или левом подреберье 9. Плохой аппетит 10. Сильная тяга к сладкому, дрожжевому, мучному 11. Каждый прием пищи хочется закончить сладким 12. Особенная тяга к соленой пище	
51	Есть ли у Вас ГЭРБ? (<i>гастроззофагеальная рефлюксная болезнь</i>)	
52	Наблюдается ли у Вас чувство слабости и сонливости после еды?	
53	Выберите пункты, который вы наблюдали у себя, подчеркните нужное и уточните как часто и продолжительно: 1. Запоры, жидкий стул или неустойчивый стул (то запор, то понос) 2. Стул плохо смывается с поверхности унитаза 3. Чувство неполного опорожнения кишечника 4. В стуле встречаются кусочки пищи и волокон 5. После опорожнения кишечника в туалете остается стойкий и неприятный запах 6. Зуд в области заднего прохода <i>*Запор - если человек не опорожняет кишечник каждый день.</i>	
54	Наблюдались ли у Вас по УЗИ камни, осадок, полип в желчном пузыре.	
55	Сколько у вас основных приемов пищи в день? Будет ли Вам удобно принимать витамины во время еды 3 раза в день. Или будет удобнее 2 раза в день?	
56	Опишите Ваш примерный рацион за два последних дня? <i>Учтите перекусы и основные приемы пищи.</i>	
57	Принимаете ли Вы с едой что-то кроме витаминов для дополнительной пользы?	

58	Сколько чашек кофе Вы выпиваете каждый день? Есть ли у Вас зависимость от напитков, которые содержат кофеин? На сколько важно поддерживать себя этими напитками в течении дня и утром? (кофе, зеленый чай, матча)	
59	Сколько чистой воды Вы выпиваете в день?	
60	Как Вы оцениваете состояние своей нервной системы по шкале от 1 до 5? <i>1 - крайне тяжелое, принимаются антидепрессанты</i> <i>5 - хорошее, критических проблем нет</i>	
61	Как часто и долго Вы работаете или проводите время за компьютером/планшетом? <i>(количество проведенного времени сидя в течение дня)</i>	
62	Используете ли Вы телефон, планшет или ноутбук за час до сна?	
63	Опишите свое самочувствие на сегодняшний день	
64	Есть ли у Вас цель изменить вес? <i>(уменьшить или увеличить)</i>	
65	Какие сомнения у вас были перед обращением к нутрициологу? Почему все таки решились на консультацию?	
66	Болели ли Вы Covid-19? Если болели: - Как давно? - Какие осложнения после заболевания Вы заметили?	
67	Укажите Ваши запросы на консультацию. <i>*С чем Вы хотите поработать в первую очередь на консультации с нутрициологом?</i>	