Ερωτηματολόγιο Ενδιαφερόμενου για την Απώλεια Βάρους με τη χρήση ιατρικών μέσων.   
  
**Επειδή ο χρόνος όλων είναι πολύτιμος και σε αρκετές περιπτώσεις δεν υπάρχει δυνατότητα για δια ζώσης ραντεβού και μετακινήσεις, η πιο εύκολη μέθοδος είναι η συζήτηση που θα γινόταν από κοντά, να γίνει ηλεκτρονικά.**

* Η Παχυσαρκία είναι μια νόσος με πολλές παραμέτρους επομένως για να πετύχουμε το καλύτερο αποτέλεσμα και να μπορέσουμε να σχεδιάσουμε το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να γνωρίζουμε ακριβώς τα σημεία όπου εντοπίζεται η μεγαλύτερη δυσκολία. Θα χρειαστεί λοιπόν να μας γνωστοποιήσετε όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες από το ιστορικό σας. (Ακολουθούμε όλους τους κανονισμούς για τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου βάσει των Ευρωπαϊκών οδηγιών GDPR).   
    
  (*Ως γενική πληροφορία τα άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος έως 33-34 kg/m2 αντιμετωπίζονται συνήθως με φαρμακευτική αγωγή και ενδοσκοπικές τεχνικές όπως το γαστρικό μπότοξ, ενώ για άτομα με ΔΜΣ 34 kg/m2 και άνω η καταλληλότερη θεραπεία για μόνιμο αποτέλεσμα είναι η χειρουργική, όπως το γαστρικό μανίκι, ειδικά όταν συνυπάρχουν άλλες παθήσεις για τις οποίες το γαστρικό μανίκι αποτελεί θεραπεία (όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση ή άπνοια ύπνου)).*

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.   
  
\* Ονοματεπώνυμο:  
\* Τηλέφωνο επικοινωνίας:  
\* E-mail:

2. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

* Ηλικία:
* Βάρος:
* Ύψος:
* Κληρονομικό ιστορικό από οικογένεια:
* Σε ποιο σημείο του σώματος σας εντοπίζεται το περισσότερο λίπος;
* Ποιοι παράγοντες θεωρείτε πως συνέβαλαν στην αύξηση του βάρους σας;
* Πόσο βάρος επιθυμείτε να χάσετε;
* Έχετε μείνει έγκυος ή έχετε κάνει προσπάθεια εξωσωματικής κι αν ναι πόσες φορές και πριν πόσα χρόνια; (για γυναίκες)
* Ποτέ επήλθε η εμμηνόπαυση και τι άλλαξε στο σώμα σας κατά την περίοδο εκείνη; (για γυναίκες - απάντηση μόνο εφόσον ανήκετε στην κατηγορία αυτή)
* Υπάρχουν προβλήματα υγείας κι αν ναι τι είδους προβλήματα υγείας; (αναπνευστικά, ορθοπεδικά, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή πίεση, άπνοια ύπνου)
* Πάσχετε από γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση (καούρες, δυσπεψία);
* Υπάρχουν ψυχιατρικής φύσεως προβλήματα ή δυσκολία διαχείρισης άγχους κι αν ναι τι είδους προβλήματα;
* Λαμβάνετε για κάποιο λόγο φαρμακευτική αγωγή;
* Έχετε λάβει ποτέ ορμόνες στην προσπάθεια επαναπροσδιορισμού φύλου ή στο πλαίσιο του αθλητισμού (τεστοστερόνη, οιστρογόνα κλπ);

3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΒΑΡΟΥΣ

Συμπληρώστε κατά προσέγγιση το βάρος που είχατε κατά τις παρακάτω χρονικές περιόδους της ζωής σας:

* Παιδική:
* Εφηβική:
* 20-30:
* 30-40:
* 40-50:
* 50-60:
* Βάρος προ 12 μηνών:
* Το βάρος σας σήμερα:

4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

* Δουλειά/καθημερινή δραστηριότητα:
* Καπνίζετε και αν ναι πόσα τσιγάρα την ημέρα και για πόσα χρόνια;
* Αν όχι, καπνίζατε στο παρελθόν;
* Σκέφτεστε να κόψετε το κάπνισμα;
* Πίνετε αλκοολούχα ποτά κι αν ναι πόσες μέρες την εβδομάδα πίνετε αλκοόλ και πόσα ποτήρια κατά μέσο όρο;
* Είναι ο/η σύντροφος, τα παιδιά ή άλλοι στο σπίτι υπέρβαροι;
* Είναι ο/η σύντροφος, τα παιδιά ή άλλοι θετικοί σχετικά με τον στόχο σας για απώλεια βάρους και με διάθεση να σας στηρίξουν στην προσπάθεια αυτή;
* Έχετε υποβληθεί στο παρελθόν σε κάποια επέμβαση παχυσαρκίας κι αν ναι σε τι επέμβαση και πότε;
* Αν ναι, δώστε μας λεπτομέρειες σχετικά με τον τύπο και την ημερομηνία της επέμβασης:

5. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ

* Περιγράψτε τις διατροφικές συνήθειες σας (σπιτικό ή πρόχειρο φαγητό – μικρές/ μεσαίες/ μεγάλες ποσότητες);
* Τι ποσότητα γλυκών καταναλώνετε ημερησίως (γλυκά θεωρούνται και η μαρμελάδα ή ένα μπισκότο);
* Κάνετε βουλιμικά επεισόδια (ή υπερφαγίες) κατά τη διάρκεια της ημέρας;
* Έχετε προσπαθήσει να κάνετε αλλαγές στον τρόπο διατροφής σας στην προσπάθεια σας να χάσετε βάρος κι αν ναι τι αλλαγές κάνατε;
* Είστε διατεθειμένοι να κάνετε αλλαγές στη διατροφή και τον τρόπο ζωής σας κι αν ναι τι είδους αλλαγές;
* Είστε διατεθειμένοι να εντάξετε την σωματική άσκηση στην καθημερινότητα σας;

6. ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

* Ημερομηνία έναρξης προσπάθειας:
* Ημερομηνία διακοπής και λόγοι διακοπής της προσπάθειας:
* Πόσο βάρος καταφέρατε να χάσατε;
* Για πόσο καιρό διατηρήσατε την απώλεια βάρους;
* Η προσπάθεια σας έγινε με διαιτολόγο ή με ιατρό;
* Τι είδους προσπάθεια ήταν; (περιορισμός   
  θερμίδων, κετονική, πρωτεϊνική, σκευάσματα, έτοιμα γεύματα στο σπίτι)

7. ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

* Έχετε πάρει στο παρελθόν φάρμακα για απώλεια βάρους;
* Αν ναι, δώστε όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το είδος των φαρμάκων που λαμβάνατε.
* Έχετε κάνει κάποια στιγμή στο παρελθόν αγωγή με Mysimba/Saxenda/Victoza/Trulicity;
* Έχετε χρησιμοποιήσει στην προσπάθεια σας για απώλεια βάρους συμπληρώματα ή λιποδιαλύτες;

8. ΑΛΛΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ.

* Αν υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να προσθέσετε ή να αναφέρετε, συμπληρώστε παρακάτω: