

|  |
| --- |
| **Ιατρικό Ιστορικό Εξεταζόμενου/ης** |
| **Ονοματεπώνυμο:** Click or tap here to enter text. |
| **Ημερομηνία:** Click or tap here to enter text. |

Προκειμένου να αξιολογηθεί σωστά η ικανότητα του μεταβολισμού να χάσει βάρος και λιπώδη ιστό και να τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι για τον κάθε εξεταζόμενο, είναι σημαντικό να δίνεται στον γιατρό ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, λαμβάνοντας υπόψη τρέχουσες και παλαιότερες παθήσεις, φαρμακευτικές αγωγές και ενοχλήματα, καθώς και διατροφικές συνήθειες.

1. Λαμβάνετε συστηματικά είτε τώρα είτε στο παρελθόν κάποια φαρμακευτική αγωγή;………………………………………………………………………………………………NAI OXI

Εάν στην παραπάνω ερώτηση απαντήσατε θετικά, αναφέρετε τις φαρμακευτικές σας αγωγές, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα σε αντικαταθληπτικά, ηρεμιστικά, ψυχοφάρμακα, ορμόνες, beta-blockers, κορτιζόνη κλπ.

­­­­­­­­­­­­­­­­­Click or tap here to enter text.

1. Πάσχετε είτε τώρα είτε στο παρελθόν από:
   1. Υψηλή αρτηριακή πίεση ………………………………………………………….……..NAI OXI
   2. Σακχαρώδη διαβήτη………………..……………………………………...………..…..NAI OXI
   3. Δυσλιπιδαιμία (υψηλή χοληστερίνη) …………………………………………………..NAI OXI
   4. Μεταβολικό σύνδρομο ……………………………...…………………………………..NAI OXI
2. Τα τελευταία χρόνια έχετε υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση;……...….………..NAI OXI
3. Γυναικολογικά ζητήματα
   1. Πάσχετε είτε τώρα είτε στο παρελθόν από διαταραχές περιόδου; ..…...…………..NAI OXI
   2. Αριθμός κυήσεων……………………………………………………..…………………
   3. Βρίσκεστε σε περίοδο γαλουχίας; ………...............................................…………..NAI OXI
   4. Βρίσκεστε σε κλιμακτήριο ή εμμηνόπαυση; …………………………………………..NAI OXI
   5. Έχετε κάνει εξωσωματική γονιμοποίηση; ………………...…………………………..NAI OXI
   6. Έχετε υποβληθεί σε ορμονοθεραπεία; ………………………………………………..NAI OXI
4. Πάσχετε από κάποιο αυτοάνοσο νόσημα;………………………………………………...……NAI OXI

Εάν ναι, αναγράψτε παρακάτω ποιο/α. Αναφέρετε επίσης περιπτώσεις ψωρίασης, λεύκης, Hashimoto, ψωριασικής αρθρίτιδας, κλπ.

­­­­­­­­­­­­­­­­­Click or tap here to enter text.

1. Γαστρεντερικά ζητήματα. Πάσχετε είτε τώρα είτε στο παρελθόν από:
   1. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ..……...............................................…….……..NAI OXI
   2. Καούρα;………………………………………………………………………….………..NAI OXI
   3. Γαστρίτιδα……………………………………………………………………….………..NAI OXI
   4. Φούσκωμα………………………………………………………………………………..NAI OXI
   5. Διάρροια; ..………………………………………………………………………………..NAI OXI
   6. Δυσκοιλιότητα; ..………………………………………………………………..………..NAI OXI
   7. Εκκολπώματα / εκκολπωματίτιδα;……………………………………………………..NAI OXI
   8. Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (σπαστική κολίτιδα); ……….…….………………..NAI OXI
2. Πάσχετε από παθήσεις του θυρεοειδή αδένα; ……………………….…………………..……NAI OXI
3. Πάσχετε από αλλεργίες/ άσθμα; …………….….…………………………………………….…NAI OXI
4. Αποφεύγετε συγκεκριμένες κατηγορίες τροφίμων (π.χ. γλουτένη, γαλακτοκομικά, κρέας κλπ) είτε για λόγους υγείας είτε για άλλους λόγους (π.χ. νηστεία, χορτοφαγία κλπ);...………………………….…NAI OXI

Εάν ναι, αναγράψτε παρακάτω τις κατηγορίες τροφών που αποφεύγετε.

Click or tap here to enter text.

1. Έχετε ακολουθήσει στο παρελθόν χημικές δίαιτες για απώλεια βάρους;……………………NAI OXI
2. Έχετε ακολουθήσει στο παρελθόν διατροφή με υποκατάστατα γευμάτων;…………………NAI OXI
3. Αναφέρετε άλλα σημαντικά ιατρικά ζητήματα Click or tap here to enter text.