

|  |
| --- |
| **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.