



Kartelë pacienti: Nutricion

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Objektivi

Qëllimi kryesor

☐ Humbje peshe ☐ Shtim peshe ☐ Mbajtje peshe ☐ Performancë sportive ☐ Menaxhim sëmundjeje

Motivimi dhe pritshmëritë

2. Matjet Antropometrike

Gjatësia (cm)

Matjet

Data	Pesha (kg)	IMT	Perimetri i belit (cm)	Masa yndyrore (%)	Masa muskulore (kg)

3. Anamneza

Diabet apo rezistencë ndaj insulinës? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Sëmundje tiroide? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Probleme gastrointestinale? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Alergji apo intoleranca ushqimore? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Çrregullime të të ushqyerit? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Medikamente dhe suplemente

4. Zakonet Ushqimore

Rikujtimi 24-orësh

Vakti	Ushqimet	Sasia

Gota uji në ditë

Aktiviteti fizik

☐ Sedentar ☐ I lehtë ☐ Mesatar ☐ Intensiv

Zakone të tjera (alkool, kafe, duhan)

5. Plani Nutricional

Kalori të rekomanduara ditore

Plani i ushqimit

Rekomandime dhe suplemente

6. Pëlqimi

Pëlqimi i informuar

1. Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën time, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen, alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet e mundshme.
2. Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrolle ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.
3. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimmarrjen time.
4. Autorizoj nutricionistin dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinikisht të nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua.
5. Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

Data e Nënshkrimit:

Nënshkrimi

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/yyyy