



ANTROPOMETRIA

OPIĘKA
FARMACEUTYCZNA

BADANIE PROFILAKTYCZNE - POMIARY ANTROPOMETRYCZNE

INFORMACJA DLA PACJENTA / KOPIA DLA FARMACEUTY*

Dnia _____ zostało przeprowadzone badanie pomiarów antropometrycznych u (imię i nazwisko pacjenta): _____

numer PESEL: _____

pomiar został wykonany o godzinie: _____ pacjent był na czczo TAK NIE

Masa ciała pacjenta: _____ kg (średnia)

Wzrost pacjenta: _____ cm (średnia)

Obwód talii: _____ cm (średnia)

Wyliczony wskaźnik BMI: _____ kg/m²

Wyliczony wskaźnik WHR: _____

Dodatkowe informacje z wywiadu z pacjentem:

- palenie papierosów: NIE TAK → częstotliwość i czas palenia: _____
- spożycie alkoholu (ilość tygodniowo): _____
- aktywność fizyczna: BRAK UMIARKOWANA PACJENT AKTYWNY
- sposób odżywiania: _____

- długość i jakość snu: _____
- poziom stresu: _____

Czynniki, które mogły mieć wpływ na wyniki pomiarów: _____

Zalecenia farmaceuty: _____

Czy wykonano dodatkowe badania? TAK → w załączniku NIE

Zalecany kontakt z lekarzem: TAK NIE

Świadczeniodawca

(pieczętka i podpis farmaceuty)

*niepotrzebne skreślić