**ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ**

**Prenatal Health Profile**

*Για να μπορέσουμε να σχεδιάσουμε για σας και το παιδί σας ένα ασφαλές και*

*αποτελεσματικό πρόγραμμα άσκησης, θα θέλαμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις με*

*απόλυτη ειλικρίνεια. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα είναι απολύτως*

*εμπιστευτικές.*

*Ευχαριστούμε για τη συνεργασία.*

**Προσωπικά στοιχεία**

Όνομα:

Επίθετο:

Επάγγελμα:

Τηλέφωνο οικίας ή εργασίας:

Κινητό:

Κινητό συντρόφου:

Ονοματεπώνυμο γυναικολόγου:

Τηλέφωνο ιατρείου γυναικολόγου:

Κινητό γυναικολόγου:

Ονοματεπώνυμο μαίας:

Τηλέφωνο μαίας:

Ηλικία:

Ύψος:

Βάρος πριν την κύηση:

Βάρος στην παρούσα φάση της κύησης:

Εβδομάδα κύησης:

Αριθμός και ηλικία άλλων παιδιών:

**Καθημερινές συνήθειες & δραστηριότητες**

Πως θα χαρακτηρίζατε τον τρόπο ζωής σας από τη στιγμή που μάθατε ότι είστε έγκυος;

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Περιγράψτε τη φύση της εργασίας σας:

α. καθιστική

β. ορθοστασία

γ. μετακίνηση

δ. ταξίδια

Πόσο συχνά μετακινήστε μέσα στην πόλη με τα πόδια;

α. κάθε μέρα

β. συχνά

γ. σπάνια

Ασχολούσασταν με κάποιο σπορ ή συμμετείχατε σε κάποια φυσική δραστηριότητα

πριν την εγκυμοσύνη; Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Αν ναι, αναφέρετε το σπορ ή τη δραστηριότητα καθώς και τη συχνότητα ενασχόλησής

σας με αυτά:

Δραστηριότητα\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ φορές/εβδομάδα

Πότε ήταν η τελευταία φορά που συμμετείχατε σε κάποιο πρόγραμμα άσκησης;

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Από τη στιγμή που διαπιστώσατε ότι είστε έγκυος έχετε συμμετάσχει σε κάποια φυσική

δραστηριότητα;

Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Αν ναι, αναφέρετε το σπορ ή τη δραστηριότητα καθώς και τη συχνότητα ενασχόλησής

σας με αυτά:

Δραστηριότητα\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ φορές/εβδομάδα

**Διατροφικές συνήθειες**

Ποια από τα παρακάτω γεύματα λαμβάνετε κατά τη διάρκεια της μέρας:

α. πρωινό

β. δεκατιανό

γ. μεσημεριανό

δ. απογευματινό

ε. δείπνο

Η/Ο γυναικολόγος σας, σας έχει προτείνει κάποια συμπληρώματα διατροφής;

Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Αν ναι, ποια συμπληρώματα διατροφής σας πρότεινε;

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Δελτίο υγείας**

Η/Ο γυναικολόγος μου είναι ενήμερη/ος για την απόφασή μου να ασκηθώ και έχει

δώσει τη συγκατάθεσή της/του

Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Είχατε ποτέ πρόβλημα με την καρδιά σας;

Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Αν ναι, σας παρακαλούμε να μας αναφέρεται τη διάγνωση του ιατρού σας:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Αν κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις σας αφορά, παρακαλούμε να σημειώσετε

ποια είναι αυτή:

α. διαβήτης

β. αναπνευστικό πρόβλημα

γ. υψηλή αρτηριακή πίεση

δ. αρθρίτιδα

ε. οστεοπόρωση

στ. υψηλή χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, LDL

ζ. ορμονική διαταραχή

η. επιληψία

θ. αιμορραγίες

ι. πολύδυμη κύηση

κ. ιστορικό αποβολής

λ. ιστορικό έκτρωσης

μ. άλλο

Υπάρχει κάποια από τις παραπάνω καταστάσεις που εμφανίστηκε για πρώτη φορά

κατά τη διάρκεια της κύησης;

Αν ναι, σημειώστε ποια: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Σημειώστε αν είχατε τραυματιστεί ή πονούσατε πριν την κύηση σε ένα ή και

περισσότερα από τα ακόλουθα σημεία του σώματος:

α. αυχένας

β. πλάτη

γ. ώμοι

δ. αγκώνες

ε. μέση

στ. ισχία

ζ. καρποί

η. γόνατα

θ. αστράγαλοι - πέλματα

Αν έχετε σημειώσει κάποιο από τα παραπάνω σας παρακαλούμε να αναφέρετε τη

διάγνωση του ιατρού σας (αν υπάρχει)\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Έχετε τραυματιστεί ή πονάτε σε κάποιο/α από τα παραπάνω σημεία του σώματος κατά

τη διάρκεια της κύησης;

Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Αν ναι, σημειώστε ποια\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή αυτό το διάστημα;

Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Αν ναι, σας παρακαλούμε να μας αναφέρεται την αγωγή καθώς και τον λόγο για τον

οποίο την ακολουθείτε\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Καπνίζατε πριν την κύηση;

Ναι\_ \_ \_ \_ Όχι\_ \_ \_ \_

Αν ναι, πόσα τσιγάρα την μέρα καπνίζατε;\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Καπνίζετε κατά την κύηση;

Αν ναι, πόσο τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Ημερομηνία

Υπογραφή