

Име:

Ръст:

Възраст:

Дата:

Актуално тегло:

Пол:

1. Загубили ли сте килограми през последните 3 месеца?

- | | |
|--|------|
| <input type="radio"/> Не | 0 м. |
| <input type="radio"/> Да, загубих 1-5 кг | 1 м. |
| <input type="radio"/> Да, загубих 6-10 кг | 2 м. |
| <input type="radio"/> Да, загубих 11-15 кг | 3 м. |
| <input type="radio"/> Да, загубих >15 кг | 4 м. |
| <input type="radio"/> Не съм сигурен | 2 м. |

2. Хранили ли сте се по-лошо през последната 1 седмица заради липса на апетит?

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="radio"/> Не | 0 м. |
| <input type="radio"/> Да | 1 м. |





















3. В момента, провеждате ли венозни вливания с противотуморна терапия с цикличност през 1, 2, 3 или 4 седмици?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Не | <input type="radio"/> Да - през 3 седмици |
| <input type="radio"/> Да - през 1 седмица | <input type="radio"/> Да - през 4 седмици |
| <input type="radio"/> Да - през 2 седмици | <input type="radio"/> Да, но със различна цикличност |

Ако сте отговорили **“Не”** - моля посочете количеството сервирана храна на закуска, обяд и вечеря което успявате да изядете през изминалите 4 седмици.

Ако сте отговорили **“Да”** на последния въпрос - моля посочете количеството сервирана храна на закуска, обяд и вечеря което успявате да изядете в изминалите седмици от последната противотуморна инфузия.

Моля попълнете броя седмици в зависимост от цикличността на терапията:

Седмица 1					Седмица 2				
									
<input type="radio"/> Всичко	<input type="radio"/> 3/4	<input type="radio"/> 1/2	<input type="radio"/> 1/4	<input type="radio"/> Нищо	<input type="radio"/> Всичко	<input type="radio"/> 3/4	<input type="radio"/> 1/2	<input type="radio"/> 1/4	<input type="radio"/> Нищо
Седмица 3					Седмица 4				
									
<input type="radio"/> Всичко	<input type="radio"/> 3/4	<input type="radio"/> 1/2	<input type="radio"/> 1/4	<input type="radio"/> Нищо	<input type="radio"/> Всичко	<input type="radio"/> 3/4	<input type="radio"/> 1/2	<input type="radio"/> 1/4	<input type="radio"/> Нищо

4. Отбележете секцията, в която се намира вашето първично онкологично заболяване, за което провеждате лечение в момента.

- | | |
|--|------|
| <input type="radio"/> Глава и шия; Хранопровод; Стомах; Панкреас; Тънки черва; Лимфом, който засяга гастроинтестинален тракт | 2 м. |
| <input type="radio"/> Бял дроб; Черен дроб; Жлъчни пътища; Бъбрек; Яйчник; Ендометриум | 1 м. |
| <input type="radio"/> Гърда; ЦНС (мозък); Пикочен мехур; Простата; Дебело черво и ректум; Левкемия и други хематологични заболявания; Друго заболяване | 0 м. |

5. Отбележете секцията с вида терапия, която провеждате в момента.

- | | |
|---|------|
| <input type="radio"/> Съчетана химио-лъчетерапия; Хиперфракционирана лъчетерапия; Трансплантация на стволови клетки | 2 м. |
| <input type="radio"/> Химиотерапия (самостоятелна или комбинирана); Лечение само с лъчетерапия (без химия) | 1 м. |
| <input type="radio"/> Друг вид лечение (хормонотерапия, имунотерапия, таргетна терапия, друга терапия) | 0 м. |

Общ нутрицкoр резултат:

* Нутрицкoр скринингът е по-ниско чувствителен при пациенти с инициален BMI < 20. По медицинска преценка е възможно интензифициране на диетологичната намеса при по-нисък нутрицкoр и клинични белези за малнутриция.