**PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ DIETETYCZNYCH PRZEZ PACJENTÓW PO TRANSPLANTACJI KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH**

1. Przez jaki okres czasu po transplantacji komórek krwiotwórczych stosował(a) Pan(i) ograniczenia dietetyczne?

* Nie stosowałem(am) ograniczeń dietetycznych
* Przez 1 miesiąc
* Przez 2 miesiące
* Przez 3 miesiące
* Przez 4 miesiące
* Przez 5 miesięcy
* Przez 6 miesięcy
* Powyżej 6 miesięcy

1. Czy stopniowo rozszerzał(a) Pan(i) dietę poprzez pojedyncze wprowadzania nowych produktów?

* Tak
* Nie

1. Ile posiłków spożywał(a) Pan(i ) podczas dnia?

* 1-3
* 4-5
* Powyżej 5

1. Jakie metody przygotowania posiłków stosował(a) Pan(i) po transplantacji komórek krwiotwórczych? **Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.**

* Pieczenie
* Smażenie w frytkownicy/głębokim tłuszczu
* Gotowanie
* gotowanie na parze
* Pieczenie w rękawie/foli aluminiowej
* Smażenie w niewielkiej ilości tłuszczu
* Grillowanie np. na patelni grillowej
* Powolne duszenie

1. Jak często po transplantacji komórek krwiotwórczych spożywał(a) Pan(i) alkohol?

* Kilka razy w tygodniu
* Raz w tygodniu
* Raz w miesiącu
* Raz na kwartał
* Raz na pół roku
* Nigdy

1. Czy podczas przyjmowania leków : Takrolimus , Sirolimus, Cyklosporyna spożywał(a) Pan(i) grejpfruty lub zawierające go produkty?

* Tak
* Nie
* Nie dotyczy

1. Jak często w zalecanym okresie stosowania diety poprzeszczepowej spożywał(a) Pan(i) poszczególne produkty spożywcze?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produkt spożywczy** | **Kilka razy w tygodniu** | **Raz w tygodniu** | **Raz w miesiącu** | **Raz na kwartał** | **Raz na pół roku** | **Nigdy** |
| Mleko UHT lub pasteryzowane |  |  |  |  |  |  |
| Śmietana UHT lub pasteryzowana |  |  |  |  |  |  |
| Świeże mleko |  |  |  |  |  |  |
| Jogurty naturalne, w tym zawierające żywe kultury bakterii np. Dannon |  |  |  |  |  |  |
| Ser pleśniowy, Gorgonzola |  |  |  |  |  |  |
| Paczkowany ser żółty, serki topione |  |  |  |  |  |  |
| Kefir |  |  |  |  |  |  |
| Maślanka |  |  |  |  |  |  |
| Ser Brie, Camembert, feta |  |  |  |  |  |  |
| Pakowane lody |  |  |  |  |  |  |
| Lody z automatu ,np. włoskie |  |  |  |  |  |  |
| Smalec, boczek |  |  |  |  |  |  |
| Chude mięso tj. drób, cielęcina, chudy schab |  |  |  |  |  |  |
| Wędzone ryby (np.łosoś,makrela) |  |  |  |  |  |  |
| Tatar, krwiste; średnio wysmażone mięso |  |  |  |  |  |  |
| Konserwy rybne |  |  |  |  |  |  |
| Wędliny surowe lub wędzone |  |  |  |  |  |  |
| Kapusta kiszona, ogórki kiszone |  |  |  |  |  |  |
| Jaja gotowane na miękko |  |  |  |  |  |  |
| Jajecznica, omlet |  |  |  |  |  |  |
| Zielona sałata |  |  |  |  |  |  |
| Świeży szczypiorek, koperek |  |  |  |  |  |  |
| Mrożone mieszanki warzyw np. warzywa na patelnie |  |  |  |  |  |  |
| Obrane ze skórki warzywa np. pomidory, ogórki |  |  |  |  |  |  |
| Surowe owoce ,których nie można obrać ze skórki np. truskawki, maliny, morele, wiśnie, porzeczka, agrest |  |  |  |  |  |  |
| Gotowany brokuł, kalafior, fasolka szparagowa |  |  |  |  |  |  |
| Migdały, orzechy laskowe i włoskie |  |  |  |  |  |  |
| Owoce w syropie(np. w puszkach) |  |  |  |  |  |  |
| Surowe jabłka, gruszki, banany, kiwi |  |  |  |  |  |  |
| Warzywa konserwowe |  |  |  |  |  |  |
| Obrany ze skórki melon, arbuz |  |  |  |  |  |  |
| Niepasteryzowane oraz świeżo wyciskane soki owocowe i warzywne |  |  |  |  |  |  |
| Gruboziarniste kasze (np. gryczana, pęczak) |  |  |  |  |  |  |
| Pełnoziarniste pieczywo |  |  |  |  |  |  |
| Suszone zioła i przyprawy |  |  |  |  |  |  |
| Suszone owoce, np. morele, figi, rodzynki |  |  |  |  |  |  |
| Kawa parzona, mocna kawa z ekspresu |  |  |  |  |  |  |
| Nadziewane słodycze np. czekolada, cukierki |  |  |  |  |  |  |
| Torty i ciasta z kremami |  |  |  |  |  |  |
| Biszkopty, herbatniki, chrupki kukurydziane, wafle ryżowe |  |  |  |  |  |  |
| Budyń, galaretka |  |  |  |  |  |  |

1. Proszę wskazać prawidłową odpowiedź na podane poniżej twierdzenia poprzez umieszczenie znaku „x” w odpowiedniej kolumnie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W ZALECANYM OKRESIE STOSOWANIA DIETY POPRZESZCZEPOWEJ** | | |
|  | **TAK** | **NIE** |
| Wybierałem(am) produkty szczelnie zapakowane(próżniowo) bez śladów zabrudzenia, uszkodzenia, przecieku |  |  |
| Kupowałem(am) produkty spożywcze z otwartych straganów/lad chłodniczych |  |  |
| Wybierałem(am) produkty o długiej dacie przydatności do spożycia, w małych opakowaniach |  |  |
| Używałem(am) oddzielnych desek do krojenia (tj. jednej do drobiu i innych mięs, a drugiej do warzyw i pozostałych produktów spożywczych) |  |  |
| Rozmrażałem(am) jedzenie w temperaturze pokojowej |  |  |
| Rozmrażałem(am) jedzenie w lodówce |  |  |
| Używałem(am) drewnianych desek do krojenia |  |  |
| Przed spożyciem dokładnie myłem(am) surowe owoce i warzywa |  |  |
| Unikałem(am) potraw/produktów konserwowanych w domu(np. własnoręcznie przygotowane dżemy, warzywa, ryby, mięsa) |  |  |
| Dokładnie i często myłem(am) ręce przed i po kontakcie z żywnością |  |  |
| Nie dopuściłem(am) do kontaktu jedzenia gotowego do spożycia z produktami surowymi |  |  |
| Spożywałem(am) posiłki starsze niż 2 dni |  |  |
| Otwarte produkty spożywcze(np. pieczywo, krakersy, ciasteczka) przechowywałem(am) w zamykanych pojemnikach |  |  |
| Temperatura lodówki wynosiła 4°C lub mniej. |  |  |

1. Czy Pan(i) zgadza się z następującym twierdzeniem: Stosowanie zleceń diety poprzeszczepowej jest wymagające, trudne do utrzymana.

* Zdecydowanie nie zgadzam się
* Raczej nie zgadzam się
* Nie mam zdania
* Raczej zgadzam się
* Zdecydowanie zgadzam się

1. Czy Pana(i) zdaniem posiłki przygotowane zgodnie z zasadami diety porzeszczepowej są:

**Atrakcyjne** – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – **Niezachęcające do jedzenia**

**Różnorodne**  – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – **Monotonne**

**METRYCZKA**

1. Płeć
   * Kobieta
   * Mężczyzna
2. Wiek

* 18-30 lat
* 31-40 lat
* 41-50 lat
* Powyżej 50 lat

1. Wykształcenie

* Podstawowe
* Zawodowe
* Średnie
* Wyższe

1. Miejsce zamieszkania

* Wieś
* Miasto do 50 tys.
* Miasto od 50 tys. do 150 tys.
* Miasto od 150 tys. do 500 tys.
* Miasto powyżej 500 tys.

1. Jaki rodzaj przeszczepu komórek krwiotwórczych był u Pana/Pani wykonywany?

* Autotransplantacja
* Allotransplantacja od dawcy spokrewnionego
* Allotransplantacja od dawcy niespokrewnionego
* Haplotransplantacja

1. Ile razy poddał się Pan/i procedurze przeszczepienia/transplantacji komórek krwiotwórczych krwi?

* 1
* 2
* 3
* Powyżej 3

1. Kiedy został wykonany przeszczep komórek krwiotwórczych krwi?

* Od 1 do 3 miesięcy temu
* Od 4 do 6 miesięcy temu
* Powyżej 6 miesięcy temu

1. Kiedy został wykonany przeszczep komórek krwiotwórczych krwi?

* Od 1 do 3 miesięcy temu
* Od 4 do 6 miesięcy temu
* Powyżej 6 miesięcy temu