

Дневник

«Здоровье – это когда
каждый день лучший».

Франклин Адамс

janssen  | PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

janssen
Со Мной

Зачем нужен дневник?

Данный дневник был специально разработан для людей, принимающих АРВ-терапию*.

Регулярное заполнение дневника поможет Вам:



В наглядной форме постоянно отслеживать свое состояние здоровья;



Отмечать любые побочные эффекты, которые могут возникать во время лечения;



Узнать о действиях, которые необходимо предпринять для улучшения состояния своего здоровья;



Облегчить общение с врачом;



Улучшить качество своей повседневной жизни

*АРВ-терапия - антиретровирусная терапия

Как пользоваться дневником?

Каждый месяц нужно заполнять две страницы дневника.

Первая страница – фиксация побочных эффектов, которые могли возникнуть, а также степени их тяжести. Эти наблюдения помогут обсудить с врачом, как проходит лечение и применение курса АРВ-препаратов. Благодаря тому, что Вы будете фиксировать данные, врач сможет оценить, является ли проводимая терапия оптимальной для Вас.

Вторая страница посвящена действиям, которые Вы можете предпринять для улучшения состояния своего здоровья. Старайтесь регулярно заниматься спортом, соблюдать сбалансированную диету, постарайтесь бросить курить, сократите потребление алкоголя – все эти действия могут стать реальными союзниками на пути к улучшению качества Вашей жизни!

Последний раздел дневника посвящен **подготовке к очередному визиту к врачу** и призван сделать общение с Вашим врачом максимально эффективным.

Пожалуйста, не забывайте соблюдать частоту посещений, рекомендованную Вашим врачом.

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

- ▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ
- ▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:
- ▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:
- ▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

 😊 😐 😞

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ и/или ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ и/или ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:	<input type="text"/>	
▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:	<input type="text"/>	
▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

 😊 😐 😞

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ и/или ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Месяц

Общая оценка

   

▶ АРВ-ТЕРАПИЯ

ДАТА НАЧАЛА / /

▶ Я ПРОПУСТИЛ ПРИЕМ ТЕРАПИИ

1-3 РАЗА

5-10 РАЗ

ЧАЩЕ

▶ ДРУГАЯ ТЕРАПИЯ

▶ ЛЮБЫЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ И/ИЛИ ВИТАМИНЫ

Отметьте частоту и степень тяжести проявления каждого симптома (еженедельно)

* ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

ШКАЛА ОТ 1 ДО 7 (1 = 1 РАЗ; 7 = 7 РАЗ)

* СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМА

Л = ЛЕГКАЯ | С = СРЕДНЯЯ | Т = ТЯЖЕЛАЯ

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ТОШНОТА, РВОТА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЫПЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УСТАЛОСТЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● БЕССОННИЦА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ПОДАВЛЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● УВЕЛИЧЕНИЕ ВЕСА ИЛИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ДРУГИЕ НЕДОМОГАНИЯ	<input type="text"/>				

Я позаботился о себе

Укажите количество дней, на протяжении которых Вы сбалансированно питались и занимались спортом. Отметьте количество выкуренных сигарет и бокалов выпитого алкоголя*

	НЕД. 1	НЕД. 2	НЕД. 3	НЕД. 4	НЕД. 5
● СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПИТАНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● ФИЗИЧЕСКИЕ АКТИВНОСТИ**	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● КУРЕНИЕ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● АЛКОГОЛЬ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* НА ВИЗИТЕ У ВРАЧА НЕОБХОДИМО ПОДРОБНЕЙ ОБСУДИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВЫКУРЕННЫХ СИГАРЕТ, А ТАКЖЕ ВИД И КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО АЛКОГОЛЯ. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ КАКУЮ-ЛИБО АЛЬТЕРНАТИВУ ТАБАКУ (ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ, ВЕЙПЫ И Т.Д.), НЕОБХОДИМО ТАКЖЕ ОБСУДИТЬ ЭТО С ВРАЧОМ
** ЗАНЯТИЕ ЛЮБЫМ ВИДОМ СПОРТА В ДОПОЛНЕНИЕ К РУТИННЫМ ЕЖЕДНЕВНЫМ АКТИВНОСТЯМ

Спортивные активности

Мое сбалансированное питание

ДАТА НАЧАЛА / /

ЦЕЛЬ:

▶ РЕЗУЛЬТАТ ДОСТИГНУТ? ДА НЕТ

▶ МОЙ ВЕС В ЭТОМ МЕСЯЦЕ:

▶ ТРУДНОСТИ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ СЛЕДОВАНИИ ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ:

▶ ЗАМЕТИЛИ ЛИ ВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СВОЕМ ТЕЛЕ ЗА ЭТО ВРЕМЯ? ДА НЕТ

Подготовьтесь ко встрече с врачом

Что взять с собой на визит к врачу:



Этот буклет, в котором содержится следующая информация:

1. Периоды, когда были зафиксированы изменения в самочувствии;
2. Все принимаемые Вами препараты (в том числе витамины, пищевые добавки);
3. Возникновение новых побочных эффектов;



Заранее подготовленный список вопросов к врачу, которые могут возникнуть, например:

1. Нужно ли мне продолжать терапию, несмотря на то, что чувствую я себя хорошо?
2. Могу ли я продолжать следовать своим повседневным привычкам?
3. На что необходимо обращать внимание, чтобы понять, что терапия недостаточно эффективна?



Любые результаты диагностических исследований или заключения от других специалистов.

Во время визита:



Необходимо быть готовым к сдаче лабораторных анализов (анализ крови);



Если что-то непонятно, не стесняйтесь попросить врача объяснить это другими словами;



Крайне важно честно сообщать, насколько соблюдались условия и частота приема лекарств;



Не забудьте записаться на следующий визит к врачу!