

Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ - ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

001. Τόπος διαμονής υπερήλικα	1. Οικία <input type="checkbox"/>	2. Στέγη φροντίδας ηλικιωμένων <input type="checkbox"/>	001. <input type="text"/>		
002. Φύλο	1. Άνδρας <input type="checkbox"/>	2. Γυναίκα <input type="checkbox"/>	002. <input type="text"/>		
003. Έτος Γεννήσεως/ηλικία/.....		003. <input type="text"/>		
004. Οικογενειακή κατάσταση	1. Έγγαμος <input type="checkbox"/>	2. Άγαμος <input type="checkbox"/>	3. Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>	004. <input type="text"/>	
	4. Άλλη <input type="checkbox"/> τι ακριβώς?				
005. Πόσα χρόνια έχετε πάει στο σχολείο?	1. Τρία χρόνια <input type="checkbox"/>	2. Έξι χρόνια <input type="checkbox"/>	3. Εννέα χρόνια <input type="checkbox"/>	005. <input type="text"/>	
	4. Δώδεκα χρόνια <input type="checkbox"/>	5. Κανένα <input type="checkbox"/>	6. Αλλό <input type="checkbox"/> πόσα ακριβώς?.....		
006. Ποιό ήταν το επάγγελμά σας?	1. Ιδ. υπάλληλος <input type="checkbox"/>	2. Δημ. υπάλληλος <input type="checkbox"/>	3. Αγρότης <input type="checkbox"/>	006. <input type="text"/>	
	4. Ελεύθερος επαγγελματίας <input type="checkbox"/>	5. Οικιακά/άεργος <input type="checkbox"/>	6. Άλλη δραστηριότητα <input type="checkbox"/> ποιά?.....		
007. Ζείτε με:	1. τον/την σύζυγο <input type="checkbox"/>	2. τα παιδιά σας <input type="checkbox"/>	3. Μόνος/η <input type="checkbox"/>	007. <input type="text"/>	
	4. Μόνος/η (με την φροντίδα άλλου ατόμου) <input type="checkbox"/> Ποιού?.....				
008. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:				008. <input type="text"/>	
	1. Άριστη <input type="checkbox"/>	2. Πολύ καλή <input type="checkbox"/>	3. Καλή <input type="checkbox"/>		4. Μέτρια <input type="checkbox"/>
009. Σε σχέση με ένα έτος πριν, πώς θα εκτιμούσατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα?				009. <input type="text"/>	
	1. Πολύ καλύτερη <input type="checkbox"/>	2. Κάπως καλύτερη <input type="checkbox"/>	3. Σχεδόν ίδια <input type="checkbox"/>		4. Κάπως χειρότερη <input type="checkbox"/>
010. Έχετε υποστεί κατάγματα?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	010. <input type="text"/>		
	Αν ΝΑΙ σε ποιό μέρος του σώματός σας?.....				
011. Πού συνέβει το κάταγμα?	1. μέσα στο σπίτι <input type="checkbox"/>	2. στο δρόμο <input type="checkbox"/>	011. <input type="text"/>		
	4. Αλλού <input type="checkbox"/>	Πού?.....			
012. Πόσα χρόνια πριν?	1. το πρώτο.....	2. το δεύτερο.....	3. το τρίτο.....	012. <input type="text"/>	

013. Προσέχετε την διατροφή σας (τρώτε γαλακτοκομικά προϊόντα καθημερινά)?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	013. <input type="text"/>	
014. Έχει μειωθεί το ύψος σας?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	3. Δεν ξέρω <input type="checkbox"/>	014. <input type="text"/>
Μόνο για τις Γυναίκες				
015. Πότε σας σταμάτησε η έμμηνος ρύση?	1. 40< <input type="checkbox"/>	2. 40> <input type="checkbox"/>	015. <input type="text"/>	
016. Είχατε διακοπή της έμμηνου ρύσης για διάστημα <12 μηνών (εκτός εγκυμοσύνης)?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	3. Δεν θυμάμαι <input type="checkbox"/>	016. <input type="text"/>
017. Χρειάζεστε βοήθεια για να ντυθείτε?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	017. <input type="text"/>	
018. Χρειάζεστε βοήθεια προκειμένου να σηκωθείτε από το κρεβάτι ή από καρέκλα?	1. Πάντοτε <input type="checkbox"/>	2. Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	3. Ποτέ <input type="checkbox"/>	018. <input type="text"/>
019. Χρειάζεστε βοήθεια για να σερβιριστείτε και να φάτε?	1. Πάντοτε <input type="checkbox"/>	2. Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	3. Ποτέ <input type="checkbox"/>	019. <input type="text"/>
020. Χρειάζεστε βοήθεια προκειμένου να φροντίσετε την υγιεινή σας (μπάνιο, λούσιμο, χρήση WC)?	1. Πάντοτε <input type="checkbox"/>	2. Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	3. Ποτέ <input type="checkbox"/>	020. <input type="text"/>
021. Μπορείτε να περπατήσετε σε ίσιο δρόμο χωρίς τη βοήθεια άλλου ατόμου?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	021. <input type="text"/>	
022. Μπορείτε να σηκώσετε ένα αντικείμενο από το πάτωμα?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	022. <input type="text"/>	
023. Έχετε νοσηλευθεί στο παρελθόν για εγκεφαλικό? Αν ναι πριν πόσο καιρό?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	023. <input type="text"/>
024. Έχετε αυξημένη χοληστερόλη?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	024. <input type="text"/>	
025. Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	025. <input type="text"/>	
026. Ποιά η τιμή της τελευταίας μέτρησης σακχάρου του αίματος?	Mg%		026. <input type="text"/>	
027. Πως ρυθμίζετε το σάκχαρό σας?	1. Μόνο με σωστή διατροφή <input type="checkbox"/>	2. με χάπια <input type="checkbox"/>	3. με ινσουλίνη <input type="checkbox"/>	027. <input type="text"/>
028. Είχατε αντιμετωπίσει στο παρελθόν κάποιο πρόβλημα εξαιτίας του σακχαρώδη διαβήτη?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	Αν ΝΑΙ τι ακριβώς?.....	028. <input type="text"/>

029. Προσθέτετε αλάτι στο φαγητό σας?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	029. <input type="text"/>		
030. Καταναλώνετε αλκοόλ καθημερινά?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	3. Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	030. <input type="text"/>	
031. Αν ΝΑΙ πόσες φορές την εβδομάδα?	1. ΜΙΑ <input type="checkbox"/>	2. ΔΥΟ <input type="checkbox"/>	3. ΤΡΕΙΣ <input type="checkbox"/>	4. Κάθε μέρα <input type="checkbox"/>	031. <input type="text"/>
032. Είστε ενεργός, πρώην καπνιστής ή μη καπνιστής? Εάν είστε καπνιστής πόσα τσιγάρα καταναλώνετε ημερησίως?				032. <input type="text"/>	
1. Ενεργός <input type="checkbox"/>τσιγάρα	2. Πρώην <input type="checkbox"/>	3. Μη καπνιστής <input type="checkbox"/>		
033. Περπατάτε κάθε μέρα και πόση ώρα?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	033. <input type="text"/>		
		min		
034. Έχετε κάποια από τα ακόλουθα συμπτώματα ή παθήσεις?				034. <input type="text"/>	
1. Ακράτεια <input type="checkbox"/>	2. Καταρράκτης <input type="checkbox"/>	3. Αϋπνία <input type="checkbox"/>			
4. Μειωμένη ακοή <input type="checkbox"/>	5. Ανορεξία <input type="checkbox"/>	6. Άλλο <input type="checkbox"/>	τι?.....		
035. Γνωρίζετε τη διεύθυνση και το τηλέφωνο του σπιτιού σας?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	035. <input type="text"/>		
036. Τι ημερομηνία και χρονολογία έχουμε σήμερα?	1. ΣΩΣΤΗ <input type="checkbox"/>	2. ΛΑΘΟΣ <input type="checkbox"/>	036. <input type="text"/>		
037. Φοβάστε ότι κάτι κακό θα σας συμβεί?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	3. Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	037. <input type="text"/>	
038. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος/η?	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	2. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	3. Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	038. <input type="text"/>	
039. Αισθάνεστε καλύτερα όταν είστε μόνος/η ή όταν παραβρίσκεστε με δικούς σας ανθρώπους (συγγενείς, φίλους)?				039. <input type="text"/>	
1. Μόνος <input type="checkbox"/>	2. Με φίλους <input type="checkbox"/>	3. Δεν απαντώ <input type="checkbox"/>			
040. Μέτρηση σωματικού βάρους:	Kgr			040. <input type="text"/>	
041. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης:	mm/Hg			041. <input type="text"/>	
042. Μέτρηση σακχάρου αίματος:	Mg%			042. <input type="text"/>	