

Kwestionariusz wywiadu

Temat badania: "Wpływ czynników wewnętrznych i zewnętrznych na epigenom człowieka"

IMIĘ I NAZWISKO

NUMER PRÓBKİ

RODZAJ POBIERANEGO MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO

KREW

NASIENIE

ŚLINA

DATA POBRANIA MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO

dzień / miesiąc / rok

DATA WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA

dzień / miesiąc / rok

A) DANE DEMOGRAFICZNE

1. Pana/ Pani płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
2. Pana/ Pani data urodzenia: dzień / miesiąc / rok
3. Pana/ Pani pochodzenie etniczne:	<input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Jeśli inne proszę podać jakie
4. Pochodzenie etniczne Pana/ Pani ojca:	<input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Jeśli inne proszę podać jakie
5. Pochodzenie etniczne Pana/ Pani matki:	<input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Jeśli inne proszę podać jakie
6. Pana/ Pani wysokość ciała:	Deklaratywna cm; Zmierzona cm
7. Pana/ Pani masa ciała:	Deklaratywna kg; Zmierzona kg
8. Obszar Pana/ Pani zamieszkania:	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> Miasto do 100 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

9. Pana/ Pani wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie
10. Wykonywany przez Pana/ Panią zawód:	<p>.....</p>
11. Subiektywna ocena Pana/ Panią statusu socjoekonomicznego (uwzględniając ogólnie status zawodowy, dochód, wykształcenie, styl życia):	<input type="checkbox"/> Bardzo niski <input type="checkbox"/> Niski <input type="checkbox"/> Przeciętny <input type="checkbox"/> Ponadprzeciętny
12. Płeć Pana/ Pani dziecka/dzieci oraz data urodzenia lub wiek dziecka:	<ol style="list-style-type: none"> 1. płeć / dzień / miesiąc / rok lub wiek 2. płeć / dzień / miesiąc / rok lub wiek 3. płeć / dzień / miesiąc / rok lub wiek 4. płeć / dzień / miesiąc / rok lub wiek 5. płeć / dzień / miesiąc / rok lub wiek

<p>13. Długość życia Pana/ Pani ojca:</p>	<p>Aktualny wiek:,</p> <p>a jeśli nie żyje, to wiek w momencie śmierci: oraz przyczyna (np. śmierć naturalna, przewlekła choroba, nagła śmierć np. wypadek)</p>
<p>14. Długość życia Pana/ Pani matki:</p>	<p>Aktualny wiek:,</p> <p>a jeśli nie żyje, to wiek w momencie śmierci: oraz przyczyna (np. śmierć naturalna, przewlekła choroba, nagła śmierć np. wypadek)</p>

B) PRACA ZAWODOWA ORAZ STYL ŻYCIA

1. Tryb Pana/ Pani pracy¹:	<input type="checkbox"/> Fizyczna <input type="checkbox"/> Umysłowa częściowo w trybie siedzącym (do 4 h dziennie) <input type="checkbox"/> Umysłowa wyłącznie w trybie siedzącym (powyżej 4 h dziennie) <input type="checkbox"/> Nie dotyczy (emeryt, rencista, osoba ucząca się, bezrobotny, inny)
2. Szkodliwe warunki w Pana/ Pani miejscu pracy. Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Wysoka temperatura <input type="checkbox"/> Niska temperatura <input type="checkbox"/> Pestycydy/chemikalia <input type="checkbox"/> Toksyny: metale ciężkie, zanieczyszczenie powietrza, dioksyny, dym papierosowy <input type="checkbox"/> Promieniowanie jonizujące <input type="checkbox"/> Częste narażenie na promieniowanie słoneczne <input type="checkbox"/> Silny stres <input type="checkbox"/> Inne:
3. Pana/ Pani podstawowa aktywność fizyczna/ruchowa (dotyczy aktywności związanej ze zdrowym stylem życia np. ćwiczenia, bieg, jazda rowerem itd.):	<input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> 2-3 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Codziennie

¹Fizyczna oznacza pracę angażującą pracę mięśni, np. górnik, budowlaniec; Umysłowa częściowo w trybie siedzącym (do 4 h dziennie) oznacza pracę częściowo w trybie ruchowym, np. analityk medyczny, technik RTG; Umysłowa wyłącznie w trybie siedzącym (powyżej 4 h dziennie), oznacza pracę umysłową w pełnym wymiarze godzin np. informatyk, księgowy; W przypadku udzielenia odpowiedzi: Nie dotyczy, należy podkreślić jedną z proponowanych odpowiedzi zamieszczonych w nawiasie.

4. Rodzaj regularnie uprawianego przez Pana/ Panią sportu:	<input type="checkbox"/> Rodzaj sportu: <input type="checkbox"/> Intensywność (ile razy w tygodniu): <input type="checkbox"/> Od ilu lat: <input type="checkbox"/> Nie dotyczy				
5. Typ stosowanej przez Pana/ Pani diety:	<input type="checkbox"/> Zróżnicowana <input type="checkbox"/> Białkowa <input type="checkbox"/> Wegetariańska <input type="checkbox"/> Wegańska <input type="checkbox"/> Inna:				
6. Liczba przyjmowanych przez Pana/ Panią:	Posiłków dziennie	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 4-6	<input type="checkbox"/> ≥ 6
	Litrów płynu dziennie	<input type="checkbox"/> 0,5-1	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> > 2	
	Porcji owoców dziennie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> ≥ 5
	Porcji warzyw dziennie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> ≥ 5
	Filizanek kawy dziennie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> ≥ 5
7. Jak często spożywa Pan/ Pani przekąski pomiędzy posiłkami?	<input type="checkbox"/> Codziennie <input type="checkbox"/> Często, ale nie codziennie <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Nigdy				

8. Jak często spożywa Pan/ Pani słodycze?	<input type="checkbox"/> Codziennie <input type="checkbox"/> Często, ale nie codziennie <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Nie spożywam słodczy
9. Jak często spożywa Pan/ Pani posiłki rybne²?	<input type="checkbox"/> Często <input type="checkbox"/> Czasami <input type="checkbox"/> Rzadko <input type="checkbox"/> Nigdy
10. Jak często spożywa Pan/ Pani mięso lub wędliny?	<input type="checkbox"/> Codziennie <input type="checkbox"/> Często, ale nie codziennie <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Nie spożywam mięsa
11. Jaki rodzaj mięsa jada Pan/ Pani najczęściej? Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/> Kurczak <input type="checkbox"/> Indyk <input type="checkbox"/> Cielęcina <input type="checkbox"/> Mięso wieprzowe <input type="checkbox"/> Mięso wołowe <input type="checkbox"/> Jagnięcina <input type="checkbox"/> Gęsina <input type="checkbox"/> Baranina

²Często, dotyczy osób spożywających posiłki rybne więcej niż raz w tygodniu; Czasami, dotyczy osób spożywających posiłki rybne raz na 1-2 tygodnie; Rzadko, dotyczy osób spożywających posiłki rybne raz na 1-3 miesiące; Nigdy, dotyczy osób spożywających posiłki rybne rzadziej niż raz na pół roku.

12. Proszę zaznaczyć częstotliwość spożycia przez Pana/Panią wymienionych produktów:	Produkt	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	1-2 razy / miesiąc	1-2 razy / tydzień	3-4 razy / tydzień	Codziennie
	Groszek/Fasola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marchew	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szpinak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czosnek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liście sałaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frytki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gotowane ziemniaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tofu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryż	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciemny chleb razowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne pieczywo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Owsianka/ płatki owsiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne płatki śniadaniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mleko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masło/kefir/kwaśna śmietana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sery białe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sery żółte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jajko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szynka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiełbasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Wątróbka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ryby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Owoce morza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Miód	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Majonez/margaryna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hamburger/hot-dog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciasto/Lody/Cukierki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chipsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orzeszki ziemne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orzeszki brazylijskie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Czerwone wino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Napoje gazowane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Napoje słodzone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy pali/ -I Pan/ Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe³?	<input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> Sporadycznie <input type="checkbox"/> Regularnie, w małych ilościach <input type="checkbox"/> Regularnie, w średnich ilościach <input type="checkbox"/> Regularnie, w dużych ilościach Jeśli palił/-a Pan/ Pani papierosy w przeszłości to proszę podać jaki czas (w latach) minął od momentu rzucenia palenia papierosów						

³Sporadycznie, dotyczy osób palących nie częściej niż 1-2 razy w tygodniu; Regularnie w małych ilościach, dotyczy małych ilościach, dotyczy osób palących mniej niż 5 papierosów dziennie; Regularnie w średnich ilościach dotyczy osób palących do 20 papierosów dziennie; Regularnie, w dużych ilościach dotyczy osób palących minimum paczkę dziennie, ponad 20 papierosów dziennie.

14. Jak często spożywa Pan/ Pani alkohol?	<input type="checkbox"/> Nie spożywam <input type="checkbox"/> Sporadycznie (okazjonalnie) (typ alkoholu *:) <input type="checkbox"/> Jedynie w weekendy (typ alkoholu *:) <input type="checkbox"/> Często (3-4 razy w tygodniu) (typ alkoholu *:) <input type="checkbox"/> Bardzo często / codziennie (typ alkoholu *:) * Proszę podać rodzaj alkoholu np. wino białe, wino czerwone, piwo, wódka, whisky, itd.
15. Pana/ Pani subiektywna ocena podatności na stres:	<input type="checkbox"/> Bardzo niska <input type="checkbox"/> Niska <input type="checkbox"/> Przeciętna <input type="checkbox"/> Wysoka <input type="checkbox"/> Bardzo wysoka
16. Ile godzin dziennie przeznaczają Pan/ Pani na sen?	<p>.....</p>
17. Jak często się Pan/ Pani opala⁴?	<input type="checkbox"/> Rzadko <input type="checkbox"/> Przeciętnie <input type="checkbox"/> Często

⁴Rzadko, dotyczy osób unikających długotrwałych ekspozycji na słońcu; Przeciętnie, dotyczy osób opalających się w umiarkowanej ilości podczas urlopów/wakacji w słonecznym okresie; Często, dotyczy osób, które intensywnie korzystają z kąpeli słonecznych, w okresie całego lata lub w trakcie zagranicznych wakacji.

18. Jak często korzysta Pan/ Pani z solarium⁵?	<input type="checkbox"/> Nigdy <input type="checkbox"/> Sporadycznie w przeszłości <input type="checkbox"/> Często w przeszłości <input type="checkbox"/> Sporadycznie obecnie <input type="checkbox"/> Często obecnie
19. Jak ocenia Pan/ Pani swój ogólny stan zdrowia?	<input type="checkbox"/> Bardzo dobry <input type="checkbox"/> Dobry <input type="checkbox"/> Średni <input type="checkbox"/> Zły
20. Czy choruje Pan/ Pani na choroby przewlekłe? Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Choroby autoimmunologiczne – jakie?..... <input type="checkbox"/> Nowotwory – jakie? <input type="checkbox"/> Cukrzyca ○ typ 1 ○ typ 2 <input type="checkbox"/> Choroby układu krążenia – jakie?..... <input type="checkbox"/> Schizofrenia / choroba dwubiegunowa <input type="checkbox"/> Demencja <input type="checkbox"/> Otyłość <input type="checkbox"/> Choroby genetyczne/ dziedziczne – jakie? <input type="checkbox"/> Choroby genetyczne/ dziedziczne rodziców – jakie? <input type="checkbox"/> Autyzm <input type="checkbox"/> Inne,:

⁵Sporadycznie w przeszłości, do kilkunastu razy w ciągu całego życia; Często w przeszłości, wiele razy w przeszłości; Sporadycznie obecnie, < 10 razy w ciągu roku; Często obecnie, ≥ 10 razy w ciągu roku.

21. Czy zażywa Pan/ Pani leki/suplementy przyjmowane na stałe?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak – jakie?
22. Dodatkowe informacje. Proszę zaznaczyć jeśli dotyczy. Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.	<input type="checkbox"/> Stosowanie leków przeciwdepresyjnych <input type="checkbox"/> Uzależnienie od leków <input type="checkbox"/> Zażywanie narkotyków <input type="checkbox"/> Korzystanie z medycyny alternatywnej <input type="checkbox"/> Joga / medytacja <input type="checkbox"/> Przewlekły stres <input type="checkbox"/> Poparzenia słoneczne w przeszłości (proszę podać stopień poparzeń) <input type="checkbox"/> Stosowanie zabiegów medycyny estetycznej (np. mikrodermabrazja), jakie? <input type="checkbox"/> Operacje plastyczne twarzy, jakie? <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

C) **MIEDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ IPAQ**
(https://sites.google.com/site/theipaq/questionnaire_links)

Pytania będą dotyczyły czynności związanych z aktywnością fizyczną w ciągu ostatnich 7 dni. Proszę teraz pomyśleć o wszystkich czynnościach wykonywanych w ciągu ostatnich 7 dni w domu i w jego otoczeniu, w pracy zawodowej, związanych z przemieszczaniem się z miejsca na miejsce, np. drodze do pracy i z pracy, robieniu zakupów. Proszę także uwzględnić czynności wykonywane w czasie wolnym, tj. spacer, rekreacja, praca na działce, ćwiczenia fizyczne oraz sport. Najpierw zapytamy Pana/Panią o czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego, następnie o czynności wymagające umiarkowanego, średniego wysiłku, a na koniec o spacer i inne czynności związane z chodzeniem oraz siedzeniem.

Na początek proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego, wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni. **Intensywny wysiłek fizyczny** wywołuje bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca. Intensywnego wysiłku fizycznego wymaga np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem. Interesują nas tylko czynności, które trwały co najmniej 10 min. bez przerwy.

1. Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał/a Pan/ Pani czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego?	<input type="checkbox"/> Tak. Przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni <input type="checkbox"/> Nie. <i>Proszę przejść do pytania 3.</i> <input type="checkbox"/> Nie wiem/Nie jestem pewien(a). <i>Proszę przejść do pytania 3.</i>
2. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a Pan/ Pani czynności wymagające intensywnego wysiłku fizycznego w ciągu takiego dnia?	<input type="checkbox"/> minut dziennie <input type="checkbox"/> Nie wiem/Nie jestem pewien(a)

Teraz proszę przypomnieć sobie wszystkie czynności wymagające **umiarkowanego (średniego) wysiłku fizycznego** wykonywane w ciągu ostatnich 7 dni. Umiarkowany wysiłek fizyczny prowadzi do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca. Umiarkowanego wysiłku fizycznego wymaga np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz. Proszę jednak nie brać pod uwagę chodzenia. Bierzemy pod uwagę tylko czynności, które trwały co najmniej 10 minut bez przerwy.

3. Czy w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał/a Pan/ Pani czynności wymagające umiarkowanego, średniego wysiłku fizycznego?	<input type="checkbox"/> Tak. Przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni <input type="checkbox"/> Nie. <i>Proszę przejść do pytania 5.</i> <input type="checkbox"/> Nie wiem/Nie jestem pewien(a). <i>Proszę przejść do pytania 5.</i>
4. Przeciętnie ile czasu wykonywał/a Pan/ Pani czynności wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego w ciągu takiego dnia?	<input type="checkbox"/> minut dziennie <input type="checkbox"/> Nie wiem/Nie jestem pewien(a).

Teraz proszę przypomnieć sobie, ile czasu zajęło Panu/i **chodzenie** w ciągu **ostatnich 7 dni**. Interesuje nas chodzenie związane z pracą, chodzenie ulicą, np. po zakupy, do pracy, a także o spacer. Bierzymy pod uwagę chodzenie, które trwało **co najmniej 10 minut bez przerwy**.

5. Czy w ciągu ostatnich 7 dni chodził/a Pan/ Pani co najmniej 10 min. bez przerwy?	<input type="checkbox"/> Tak. Przez ile dni w ciągu ostatniego tygodnia? dni <input type="checkbox"/> Nie. <i>Proszę przejść do pytania 7.</i> <input type="checkbox"/> Nie wiem/Nie jestem pewien(a). <i>Proszę przejść do pytania 7.</i>
6. Przeciętnie ile czasu poświęcał/a Pan/ Pani na chodzenie lub spacer w ciągu takiego dnia?	<input type="checkbox"/> minut dziennie <input type="checkbox"/> Nie wiem/Nie jestem pewien(a).

A ile czasu w ostatnim tygodniu spędzał Pan/i **siedząc**? Tym razem **proszę uwzględnić tylko dni powszednie**, tzn. proszę pominąć sobotę i niedzielę. Chodzi np. o siedzenie przy biurku, siedzenie podczas odwiedzin u znajomych, podczas czytania, a także siedzenie lub leżenie podczas oglądania telewizji. Proszę uwzględnić czas spędzony na siedzeniu w domu, w pracy, w szkole, w pojazdach i w innych miejscach.

7. Biorąc pod uwagę dni powszednie w ciągu ostatniego tygodnia, ile zazwyczaj czasu w ciągu dnia spędzał/a Pan/ Pani siedząc?	<input type="checkbox"/> minut dziennie <input type="checkbox"/> Nie wiem/Nie jestem pewien(a).
--	--

D) DOTYCZY TYLKO KOBIET

1. Liczba przebytych przez Panią ciąż:
2. Pani pierwsza miesiączka (wiek):
3. Pani ostatnia miesiączka – menopauza (wiek; jeśli dotyczy):

E) DOTYCZY TYLKO PRÓBEK NASIENIA

1. Pana abstynencja płciowa przed oddaniem próbki nasienia: dni
2. Czy przyjmował Pan w ciągu ostatnich 3 miesięcy jakiegokolwiek witaminy/suplementy wpływające na jakość nasienia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

F) CECHY PROGRESYWNE WYGLĄDU

1. Jak Pan/ Pani ocenia swój stopień siwienia włosów?

- Brak siwych włosów
- Niewielka liczba pojedynczych siwych włosów
- Duża liczba pojedynczych siwych włosów
- Znaczące siwienie (ok. 50%), widoczne place siwienia
- Przeważająca liczba siwych włosów
- Całkowicie siwe włosy

Od którego roku życia Pan/ Pani posiada pierwsze oznaki siwienia

Pani/ Pana naturalny kolor włosów:

- Jasny blond
- Ciemny blond/jasny brąz
- Brąz
- Czarny
- Rudy

Stosowanie zabiegów koloryzacji włosów (obecnie):

- Tak
- Nie

<p>2. Biorąc pod uwagę wygląd twarzy, stan skóry, liczbę zmarszczek, czuje się Pan/ Pani:</p>	<p><input type="checkbox"/> Młodszy/ młodsza niż wiek rzeczywisty</p> <p><input type="checkbox"/> Typowo dla swojego wieku</p> <p><input type="checkbox"/> Starszy/ starsza niż wiek rzeczywisty</p>
<p>3. Widoczne zmarszczki na twarzy (zaznaczyć, jeśli dotyczy). <u>Ocena przy pomocy osoby badającej.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Głębokie na całej twarzy</p> <p><input type="checkbox"/> Na czole</p> <p>○ Pojedyncze</p> <p>○ Liczne</p> <p><input type="checkbox"/> “Kurze łapki”</p> <p>○ Niewielkie</p> <p>○ Głębokie</p> <p><input type="checkbox"/> Bruzdy nosowo-wargowe</p> <p>○ Niewielkie</p> <p>○ Głębokie</p> <p><input type="checkbox"/> Zmarszczki nad ustami</p> <p>○ Niewielkie</p> <p>○ Głębokie</p> <p><input type="checkbox"/> Opadanie powiek</p> <p>○ Niewielkie</p> <p>○ Wyraźne</p>
<p>4. Liczba plam pigmentacyjnych na Pana/ Pani twarzy (z pominięciem piegów). <u>Ocena przy pomocy osoby badającej.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Brak</p> <p><input type="checkbox"/> 1-5</p> <p><input type="checkbox"/> 5-10</p> <p><input type="checkbox"/> 10-20</p> <p><input type="checkbox"/> > 20</p>

<p>5. Obecność na Pana/ Pani twarzy drobnych poszerzonych naczynek krwionośnych („pajęczki naczyniowe”). <u>Ocena przy pomocy osoby badającej.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Pojedyncze <input type="checkbox"/> Liczne</p>
<p>6. Ocena fotostarzenia się skóry wg skali Glogau. <u>Ocena przez osobę badającą na podstawie analizy zdjęcia.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> I – zmiany łagodne <input type="checkbox"/> II – zmiany średnio nasilone <input type="checkbox"/> III – zmiany zaawansowane <input type="checkbox"/> IV – zmiany ciężkie</p>
<p>7. Pomiar wysokości czerwieni wargowej (ls-li). <u>Pomiar wykonywany przez osobę badającą.</u></p>	<p>.....</p>
<p>8. Pomiar wysokości morfologicznej twarzy (n-gn). <u>Pomiar wykonywany przez osobę badającą.</u></p>	<p>.....</p>
<p>9. Kolor skóry wg skali Fitzpatricka. <u>Ocena przez osobę badającą na podstawie analizy zdjęcia.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V</p>

<p>10. Pomiar koloru skóry za pomocą spektrofotometru (Konica Minolta CM-600d). <u>Pomiar wykonywany przez osobę badającą.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Parametr L/...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> Parametr a/...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> Parametr b/...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> Melanin index/...../.....</p>
<p>11. Stan owłosienia wg skali Norwood-Hamilton. <u>Ocena przez osobę badającą na podstawie analizy zdjęcia.</u></p>	<p><input type="checkbox"/> I</p> <p><input type="checkbox"/> II / IIA</p> <p><input type="checkbox"/> III / III Vertex / IIIA</p> <p><input type="checkbox"/> IV / IV A</p> <p><input type="checkbox"/> V / VA</p> <p><input type="checkbox"/> VI</p> <p><input type="checkbox"/> VII</p>
<p>12. Wiek postrzegany. <u>Ocena przez osobę badającą.</u></p>	<p>Przedział wiekowy: Wiek:</p>

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik:	Numer:
Próbka krwi	
Próbka śliny (wymaz z jamy ustnej)	
Próbka nasienia	
Zdjęcie 1: en face	
Zdjęcie 2: 45° lewa strona twarzy	
Zdjęcie 3: 45° prawa strona twarzy	
Zdjęcie 4: część wewnętrzna przedramienia	
Zdjęcie 5: część ciemieniowa	
Zdjęcie 6: dłoń	
Skan 3D twarzy	