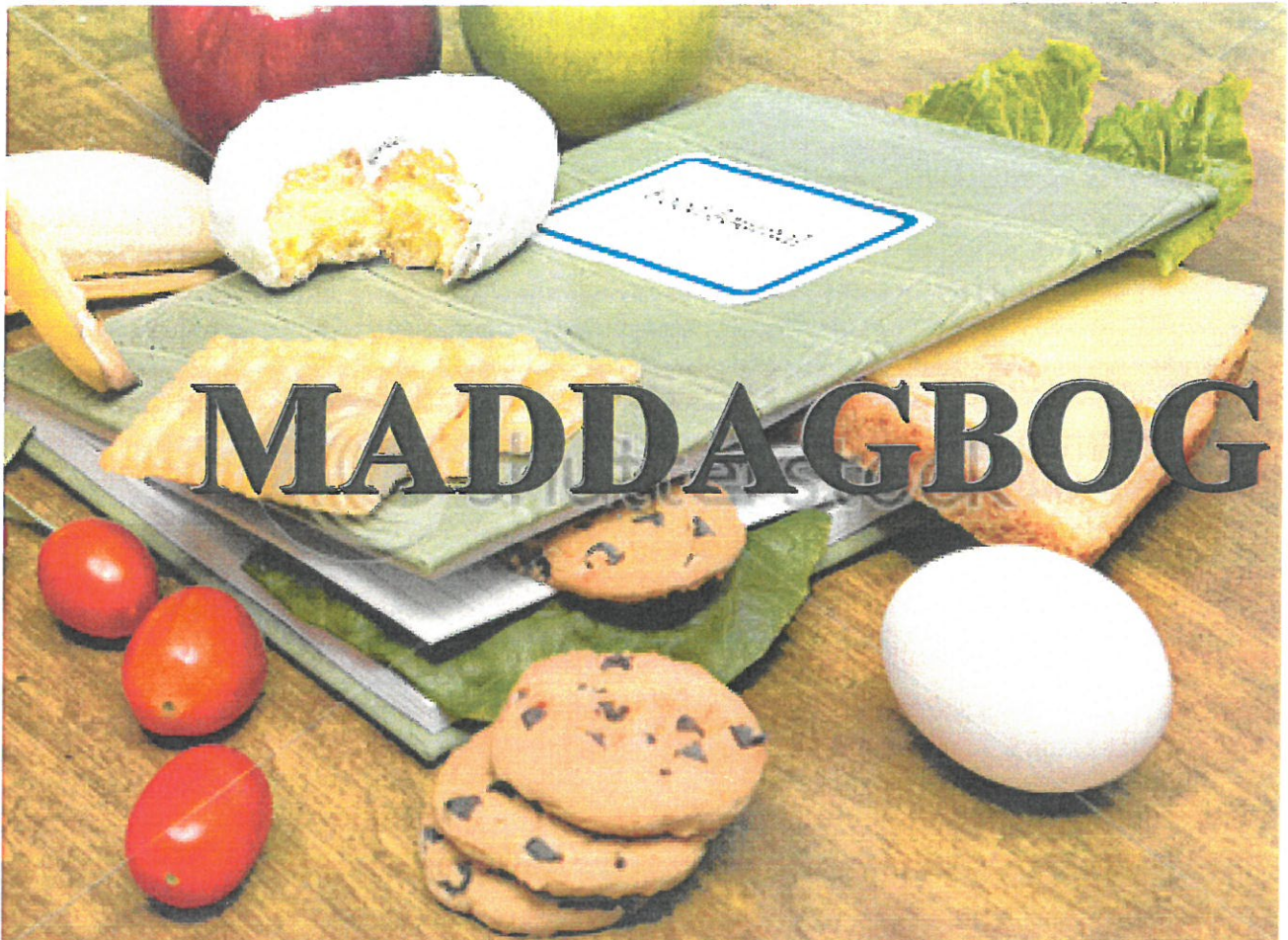




MADDAGBOG PRE

ID _____



Navn _____

Projektdeltager nr.

VEJLEDNING TIL UDFYLDNING AF HÆFTET

Maddagbogen er et skema, som skal bruges til at vise hvad du spiser og drikker på et døgn.

Maddagbogen skal indeholde alt, hvad du spiser og drikker i løbet af et helt døgn. For at få et retvisende billede, er det derfor vigtigt, at du spiser og drikker, som du plejer. Der er plads til fire dage i alt, men den sidste dag udfyldes sammen med diætisten ved den første samtale. Til sidst er der også et skema med spørgsmål til om du har nogle symptomer der generer dig og derfor får dig til at spise mindre

Når du udfylder maddagbogen, er det vigtigt, at du noterer alt, hvad du spiser og drikker. Det er en god ide at skrive ned i maddagbogen løbende hen over dagen, så er det nemmere for dig at huske, hvad du har spist og drukket.

Hvis du ikke spiser noget til et af de nævnte måltider i maddagbogen, er det en god ide at skrive *Ingenting*

Hvis du ikke selv tilbereder alt maden, kan det være en fordel at få hjælp fra den, som laver/serverer din mad, når dagbogen skal føres (hvis det er muligt)

Følgende oplysninger er vigtige at skrive ned

- Hvornår du spiser og drikker. Alle gange tæller med – også når der spises indimellem hovedmåltiderne eller hvis du er ude på besøg

- Beskriv mad og drikkevarer så nøjagtigt som muligt
 - Brød: fx rugbrød, franskbrød, sigtebrød
 - Fedtstof: fx smør, margarine, minarine
 - Kødtype: fx svinekød, oksekød, fedt eller magert, fx 18-20 % fedt
 - Pålæg: fx 45 % ost, almindelig leverpostej, kogt skinke
 - Frugt og grønt: fx æble, pære, gulerods-appelsin råkost, stuede ærter
 - Mælk: fx sød-, let-, kærne-, mini- eller skummetmælk
 - Søde sager: fx flødeis, lakridskonfekt, mørk chokolade
 - Tilberedning: fx kogt, stegt, paneret
 - Sops: fx opbagt eller jævnet

- Beskriv mængderne så nøjagtigt som muligt
 - Fx teske- eller spiseskefulde eller håndfulde
 - Tykke eller tynde skiver
 - Store eller små stykker
 - Skrabet smør eller tandsmør
 - Kop, glas, deciliter

EKSEMPEL - MORGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde
7.30	<i>1 kop kaffe</i>
	<i>sødmælk i kaffen</i>
	<i>1 lille portion frugtyoghurt</i>
	<i>1 tyk skive franskbrød</i>
	<i>Skrabet smør</i>
	<i>1 tyk skive ost 45+</i>

FORMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde
10.00	<i>1 kop te</i>
	<i>sødmælk i teen</i>
	<i>2 håndfulde nødder og rosiner</i>

DAG 1: ____ / ____ 20__

FØR MORGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

MORGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FORMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FROKOST / MIDDAGSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

EFTERMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

AFTENSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

SEN AFTEN

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

Evt. vitamin-mineral tabletter, fiskeolier, vitamin D, kalcium eller andet må gerne noteres her

DAG 2: ___ / ___ 20__

FØR MØRGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

MØRGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FORMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FROKOST / MIDDAGSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

EFTERMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

AFTENSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

SEN AFTEN

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

Evt. vitamin-mineral tabletter, fiskeolier, vitamin D, kalcium eller andet må gerne noteres her

DAG 3: ___ / ___ 20__

FØR MORGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

MORGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FORMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FROKOST / MIDDAGSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

EFTERMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

AFTENSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

SEN AFTEN

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

Evt. vitamin-mineral tabletter, fiskeolier, vitamin D, calcium eller andet må gerne noteres her

2. Hvor mange gange dagligt spiser du?

0-2

3-4

5-6

7-8

>8

3. Symptomer der generer dig og derfor får dig til at spise mindre

Sæt kryds mellem 0 og 10 ud fra, hvad der passer bedst på din situation

0=ingen betydning 10=stor betydning

Symptomer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ingen appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Opkastninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mundtørhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lugten af mad generer mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mad og drikker smager forkert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg føler mig hurtigt meget mæt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg bliver forpustet når jeg spiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sår i munden, eller smerter i mund eller svælg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Træthed forhindrer mig i at lave mad eller spise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tandproblemer: har svært ved at tygge maden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Synkeproblemer: Kan ikke få maden ned, eller det kommer i den gale hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg føler mig trist og deprimeret, og har derfor ikke lyst til at spise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Smerter evt. hvor _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Andre årsager: _____											

DAG 4: ___ / ___ 20__ (udfyldes sammen med diætisten ved samtalen)

FØR MORGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

MORGENMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FØRNIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

FROKOST / MIDDAGSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

EFTERMIDDAG

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

AFTENSMAD

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

Klokken	Beskrivelse af mad-/drikkevarer og mængde

Evt. vitamin-mineral tabletter, fiskeolier, vitamin D, kalcium eller andet må gerne noteres her