

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (+ ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) [ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΚΤΥΠΩΣΤΕ]:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (ΗΜ/ΜΗΝ/ΕΤΟΣ):

ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΗΜ/
ΜΗΝ/ΕΤΟΣ):

ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ:

ΗΛΙΚΙΑ
ΕΓΚΥΟΥ:

Η σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει πολλαπλά οφέλη για την υγεία και σε γενικές γραμμές δεν ενέχει κανέναν κίνδυνο για εσάς και το μωρό σας. Υπάρχουν όμως κάποιες περιπτώσεις όπου η σωματική δραστηριότητα δεν συνιστάται. Το παρόν ερωτηματολόγιο θα σας βοηθήσει να αποφασίσετε αν θα πρέπει να μιλήσετε με τον πάροχο υγειονομικής μαιευτικής φροντίδας (π.χ. τον ιατρό ή τη μαία σας) πριν ξεκινήσετε ή για να συνεχίσετε να είστε σωματικά δραστήρια.

Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε ερώτηση με ΝΑΙ ή ΟΧΙ.

Εάν, καθώς εξελίσσεται η εγκυμοσύνη σας, η κατάσταση της υγείας σας αλλάξει, θα πρέπει να συμπληρώσετε εκ νέου το παρόν ερωτηματολόγιο.

1. Σε αυτήν την εγκυμοσύνη έχετε:

α. Ήπιας, μέτριας ή σοβαρής βαρύτητας αναπνευστικές ή καρδιαγγειακές παθήσεις (π.χ. χρόνια βρογχίτιδα);	N	O
β. Επιληψία που είναι δεν είναι σταθεροποιημένη;	N	O
γ. Διαβήτη τύπου 1 που δεν είναι ρυθμισμένος ή επίπεδα γλυκόζης αίματος που βρίσκονται εκτός των φυσιολογικών ορίων;	N	O
δ. Θυρεοειδική Νόσο που δεν είναι ρυθμισμένη ή τον θυρεοειδή σας να λειτουργεί εκτός των φυσιολογικών ορίων;	N	O
ε. Διατροφική(ές) διαταραχή(ές) ή υποσιτισμό;	N	O
στ. Δίδυμη κύηση (μετά την 28η εβδομάδα); Ή πολύδυμη κύηση τριών ή περισσότερων παιδιών;	N	O
ζ. Χαμηλό αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων (αναιμία) που συνοδεύεται από υψηλά επίπεδα κόπωσης ή/και αίσθημα ζάλης;	N	O
η. Υψηλή αρτηριακή πίεση (προεκλαμψία, υπέρταση κύησης ή χρόνια υπέρταση που δεν είναι ρυθμισμένη);	N	O
θ. Ενδείξεις ότι το μωρό αναπτύσσεται αργά (επιβράδυνση ενδομήτριας ανάπτυξης);	N	O
ι. Ανεξήγητη αιμορραγία, ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών, ή πρόωρο τοκετό πριν από την 37η εβδομάδα;	N	O
κ. Πλακούντα που καλύπτει μερικώς ή πλήρως τον τράχηλο της μήτρας (πρόδρομο πλακούντα);	N	O
λ. Αδύναμο τράχηλο (ανεπάρκεια τραχήλου);	N	O
μ. Ράμμα ή συρραφή για την ενίσχυση του τραχήλου της μήτρας σας (περίδεση);	N	O

2. Σε προηγούμενες εγκυμοσύνες, είχατε:

α. Δύο ή περισσότερες επαναλαμβανόμενες αποβολές (απώλεια του μωρού πριν από την 20η εβδομάδα κύησης);	N	O
β. Πρόωρο τοκετό (πριν από την 37η εβδομάδα κύησης);	N	O

3. Έχετε κάποια άλλη ιατρική πάθηση που μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά σας για σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;
Ποια είναι αυτή η πάθηση; Αναφέρετε:

4. Υπάρχει κάποιος άλλος λόγος που σας ανησυχεί σχετικά με τη συμμετοχή σας σε κάποια σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

Προχωρήστε στη σελίδα 2 για να περιγράψετε το επίπεδο της σωματικής σας δραστηριότητας

Κατά τη διάρκεια μιας τυπικής εβδομάδας, σε ποια είδη σωματικής δραστηριότητας συμμετέχετε (π.χ. κολύμπι, περπάτημα, προπόνηση με αντιστάσεις, γιόγκα);

Κατά τη διάρκεια της ίδιας εβδομάδας, περιγράψτε ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ πόσο συχνά και για πόση διάρκεια συμμετέχετε σε κάποια σωματική δραστηριότητα ήπιας, μέτριας ή έντονης έντασης; Δείτε τους ορισμούς για την ένταση κάτω από το πλαίσιο.

ΚΑΤΑ ΜΕΣΟ ΟΡΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (φορές την εβδομάδα)	ΕΝΤΑΣΗ (δείτε παρακάτω τους ορισμούς)	ΔΙΑΡΚΕΙΑ (Λεπτά ανά συνεδρία)
Πόσο δραστήρια ήσασταν σωματικά τους έξι μήνες πριν από την εγκυμοσύνη;	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> Ήπια <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Έντονη	<input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 31-60 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >60
Πόσο δραστήρια ήσασταν σωματικά κατά τη διάρκεια της παρούσας εγκυμοσύνης;	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> Ήπια <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Έντονη	<input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 31-60 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >60
Ποιοι είναι οι στόχοι σας όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα για το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης σας;	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 5-7	<input type="checkbox"/> Ήπια <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Έντονη	<input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 31-60 <input type="checkbox"/> 20-30 <input type="checkbox"/> >60

Ήπιας έντασης σωματική δραστηριότητα:

Κινείστε, αλλά χωρίς να ιδρώνετε ή να αναπνέετε με δυσκολία, όπως πχ όταν περπατάτε για να πάρετε την αλληλογραφία σας ή όταν κάνετε ελαφριά κηπουρική.

Μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα:

Ο καρδιακός σας ρυθμός αυξάνεται και μπορεί να ιδρώνετε ή να αναπνέετε με δυσκολία. Μπορείτε να μιλήσετε αλλά δεν μπορείτε να τραγουδήσετε. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα είναι το γρήγορο περπάτημα.

Έντονης έντασης σωματική δραστηριότητα:

Ο καρδιακός σας ρυθμός αυξάνεται σημαντικά, ανεβάζετε θερμοκρασία, ιδρώνετε και δεν μπορείτε να πείτε περισσότερες από μερικές λέξεις δίχως να κάνετε παύσεις για να αναπνεύσετε. Ενδεικτικά παραδείγματα είναι η γρήγορη στατική ποδηλασία και το τρέξιμο.

Γενικές οδηγίες για να είστε σωματικά δραστήριες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Ακολουθήστε τις συμβουλές των Καναδικών Κατευθυντήριων Γραμμών του 2019 σχετικά με τη Σωματική Δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της Εγκυμοσύνης: csepguidelines.ca/pregnancy

Συνιστάται στις έγκυες γυναίκες να συμμετέχουν για τουλάχιστον 150 λεπτά σε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες (προπόνηση με αντιστάσεις, γρήγορο περπάτημα, κολύμπι, κηπουρική), κατανεμημένες σε τρεις ή περισσότερες ημέρες της εβδομάδας.

Εάν σκοπεύετε να λάβετε μέρος σε σωματική δραστηριότητα έντονης έντασης ή να δραστηριοποιηθείτε σωματικά σε υψόμετρο άνω των 2500 μέτρων (8200 πόδια), τότε συμβουλευτείτε τον πάροχο υγείας που σας παρακολουθεί. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προτού την συνεχίσετε ή ξεκινήσετε, συμβουλευτείτε προηγουμένως έναν πτυχιούχο επαγγελματία άσκησης ή τον πάροχο υγείας σας. Αυτό θα σας βοηθήσει να διασφαλίσετε ότι η σωματική σας δραστηριότητα είναι ασφαλής και κατάλληλη για εσάς.

Δήλωση

Απ' όσο γνωρίζω, όλες οι πληροφορίες που έχω παράσχει σε αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σωστές. Εάν διαφοροποιηθεί η υγεία μου, θα συμπληρώσω αυτό το ερωτηματολόγιο ξανά.

Απάντησα ΟΧΙ σε όλες τις ερωτήσεις στη σελίδα 1.
Υπογραφή/ημερομηνία. *Συνιστάται σωματική δραστηριότητα.*

Απάντησα ΝΑΙ σε μία ή περισσότερες ερωτήσεις στη σελίδα 1 και θα μιλήσω με τους παρόχους υγείας που με παρακολουθούν πριν ξεκινήσω ή συνεχίσω τη σωματική δραστηριότητα. Το έντυπο συμβουλών των παρόχων υγείας για τη σωματική δραστηριότητα κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αρχή της επικοινωνίας. (www.csep.ca/getactivequestionnaire-pregnancy).

Μίλησα με τους πάροχους υγείας που με παρακολουθούν και μου συνέστησαν σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μου.
Υπογραφή/ημερομηνία.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (+ ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ) [ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΚΤΥΠΩΣΤΕ]:		ΥΠΟΓΡΑΦΗ (Η ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ):
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ (ΗΜ/ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ):	ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ):	EMAIL (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ):