



## АНКЕТА

### вивчення застосування дієтичних добавок

1. **Загальна інформація**

Стаж роботи лікарем (повних років)  До 5-ти років  Більше 5-ти років  
Спеціальність (профіль) \_\_\_\_\_

2. **Чи потрібна Вам інформація про склад та безпеку ДД при призначенні її пацієнту?**

так  ні

3. **Чи вважаєте Ви, що ДД можуть існувати поза фармацевтичним полем?**

так  ні

4. **Чи рекомендуєте Ви пацієнтам вживати дієтичні добавки?**

так  ні

*Якщо Ви не рекомендували ДД, дякуємо Вам за приділену увагу, а якщо рекомендували ДД – дайте, будь ласка, відповіді на наступні питання.*

5. **Як зазвичай Ви рекомендуєте застосовувати ДД?**

- з метою профілактики без призначення лікарських засобів  
 паралельно з призначенням лікарських засобів  
 інше (зазначити) \_\_\_\_\_

6. **Дієтичні добавки яких груп Вам доводилося призначати пацієнтам?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> полівітамінні                      | <input type="checkbox"/> для зниження маси тіла             |
| <input type="checkbox"/> пробіотики                         | <input type="checkbox"/> для покращення ерекtilьної функції |
| <input type="checkbox"/> для покращення зору                | <input type="checkbox"/> для підвищення імунітету           |
| <input type="checkbox"/> заспокійливі                       | <input type="checkbox"/> для покращення сну                 |
| <input type="checkbox"/> для усунення печії і болі у шлунку | <input type="checkbox"/> для полегшення болі                |
| <input type="checkbox"/> для зниження тиску                 | <input type="checkbox"/> для опорно-рухального апарату      |
| <input type="checkbox"/> для покращення жіночого здоров'я   | <input type="checkbox"/> інше (зазначити) _____             |

7. **Зазначте, будь-ласка, чи зустрічалися Вам випадки досягнення швидкого позитивного ефекту внаслідок прийому пацієнтом саме дієтичних добавок?**

так  ні

Якщо так, то назвіть їх: \_\_\_\_\_

8. **Зазначте, будь-ласка, чи були скарги пацієнтів на будь-які негативні ефекти при прийомі дієтичних добавок?**

так  ні

Якщо так, то назвіть їх: \_\_\_\_\_

9. **Зазначте, будь-ласка, чи виникали у Вас підозри щодо вмісту в окремих ДД незадекларованих лікарських субстанцій?**

так  ні

Якщо так, то назвіть їх: \_\_\_\_\_