

1. Printre testele biochimice și hematologice necesare evaluării statusului nutrițional, se regăsesc următoarele, cu o excepție:
 - a. Feritina
 - b. Profilul lipidic
 - c. Vitamina D
 - d. Calorimetria indirectă
 - e. Vitamina B₁₂

2. În următoarele situații, necesarul de nutrienți este crescut:
 - a. Sepsis sau infecții
 - b. Traumatisme sau intervenții chirurgicale
 - c. Tremor involuntar
 - d. Fibroză chistică
 - e. Sedentarism

3. Următoarele valori ale parametrilor de evaluare a adipozității viscerale sunt considerate predictorii ai stării de sănătate conform OMS (2008):
 - a. Circumferința abdominală ≥ 94 la bărbați
 - b. Circumferința abdominală ≥ 80 la femei
 - c. Raportul talie-șold $\geq 0,9$ la bărbați
 - d. Circumferința abdominală ≥ 88 la bărbați
 - e. Raportul talie-șold $\geq 0,85$ la femei

4. Cu privire la evaluarea statusului nutrițional, următoarele afirmații despre markerii biochimici și hematologici sunt adevărate:
 - a. Sinteza albuminei, prealbuminei și transferinei nu este afectată de malnutriție
 - b. Albumina, prealbumina, transferina sunt uneori indicatori ai statusului proteic visceral
 - c. Nivelurile de albumină sunt influențate de vârstă, infecții, depleții de zinc, deshidratare
 - d. Transferina serică are timpul de înjumătățire mai scurt decât al albuminei
 - e. Transferina este influențată de utilizarea suplimentelor de fier

5. Cu privire la sindromul de realimentare, la pacienții aflați la risc, trebuie determinate nivelurile serice pentru:
 - a. Potasiu
 - b. Calciu
 - c. Fosfat
 - d. Magneziu
 - e. Proteina C reactivă

6. Cu privire la metodele retrospective de evaluare a dietei, sunt adevărate afirmațiile:
 - a. Au o acuratețe mare
 - b. Efectuarea jurnalului alimentar pe 24 ore nu depinde de memoria de lungă durată
 - c. Chestionarul de frecvență alimentară trebuie conceput pentru grupuri populaționale specifice
 - d. Răspunsurile la chestionarul de frecvență alimentară sunt influențate de capacitatea cognitivă a respondenților
 - e. Interviu în cazul jurnalului alimentar pe 24 ore durează 20-45 minute

7. Printre factorii de risc pentru deficitul de fier la adolescenți, ca urmare a creșterii necesarului sau pierderilor de fier, se află:
 - a. Perioadele de creștere rapidă
 - b. Utilizarea cronică a antiinflamatoarelor nonsteroidiene sau a corticosteroizilor
 - c. Bolile inflamatorii intestinale
 - d. Perioade menstruale îndelungate
 - e. Pierdere semnificativă în greutate

8. Cu privire la nutriția adolescenților, sunt adevărate următoarele:
 - a. Necesarul energetic zilnic se stabilește în funcție de vârstă, gen, greutate, nivel de activitate fizică
 - b. Necesarul zilnic de carbohidrați estimat este de 1 g/kg greutate corporală
 - c. Cu excepția fierului, la pubertate, adolescenții de gen masculin au un necesar zilnic mai mare pentru majoritatea micronutrienților
 - d. Aportul de acizi grași saturați trebuie să fie sub 10% din aportul caloric zilnic
 - e. Promovarea aportului de calciu vizează creșterea aportului de alimente non-lactate bogate în calciu

9. Următoarelor componente le este atribuită cheltuiala energetică totală zilnică:
 - a. Ratei metabolice bazale
 - b. Efectului termic al alimentelor
 - c. Activității fizice
 - d. Patternului alimentar
 - e. Apetitului

10. Ecuatiile de predicție a ratei metabolice în repaus (*resting metabolic rate*) Harris-Benedict și Mifflin-St. Jeor includ în formulele de calcul, următoarele date, cu excepția:
 - a. Înălțimea
 - b. Greutatea ideală
 - c. Indicele de masă corporală
 - d. Greutatea
 - e. Vârsta

11. Următoarele afirmații sunt false în ceea ce privește estimarea necesarului zilnic de lichide pentru adultul vârstnic:
 - a. 1 ml/kcal pentru adultul vârstnic sănătos
 - b. 25 ml/kg la adultul cu insuficiență cardiacă congestivă
 - c. 25 ml/kg la adultul cu edeme
 - d. 25 ml/kg în caz de infecții
 - e. 35 ml/kg la adultul cu insuficiență cardiacă congestivă

12. Cu privire la valoarea medie atribuită nivelului de activitate fizică (*Physical Activity Level PAL*), este falsă următoarea afirmație:
 - a. 1,25 pentru sedentarism
 - b. 1,25 pentru nivelul redus de activitate fizică
 - c. 1,5 pentru nivelul redus de activitate fizică
 - d. 1,75 pentru persoanele active
 - e. 2,2 pentru persoanele foarte active

13. Carnea, peștele, ouăle și fasolea conțin următorii nutrienți, cu excepția:
- Fier
 - Vitamine de grup B
 - Magneziu
 - Zinc
 - Fibre insolubile
14. Printre sfaturile pentru o alimentație sănătoasă, nu se regăsesc:
- A se mânca mai mult pește
 - Reducerea grăsimilor saturate și a zaharurilor
 - Reducerea aportului de sare
 - Omiterea micului dejun
 - A se mânca mai multe fructe și legume
15. Cu privire la grupul alimentelor lapte și produse lactate, sunt adevărate afirmațiile:
- Produsele integrale sunt surse principale de vitamine A și D
 - Varietățile cu conținut redus de grăsimi conțin cantități mai reduse de calciu și proteine
 - Sunt surse de calciu și proteine
 - Sunt recomandate 2-3 porții pe zi în cazul modelului alimentar „farfură sănătoasă”
 - Laptele nepasteurizat nu ar trebui consumat de femeile însărcinate
16. Despre fasole și linte, sunt adevărate următoarele:
- Au un conținut crescut de proteine
 - Au un index glicemic crescut
 - Sunt surse de minerale și oligoelemente
 - Sunt mai puțin bogate în vitamine
 - Furnizează o cantitate importantă de grăsimi
17. Următoarea afirmație este falsă în ceea ce privește procesarea laptelui și a lactatelor:
- Pasteurizarea laptelui se face prin încălzire la 72°C timp de 15 secunde
 - Smântâna conține proporții egale de apă și grăsimi din lapte
 - Brânza are un conținut de lactoză mai mare comparativ cu laptele
 - 200 g iaurt furnizează o cantitate de nutrienți similară celei din 250 ml lapte, ambele cu conținut redus de grăsimi
 - Brânza se poate obține prin coagularea laptelui
18. Despre producerea și calitățile nutritive ale brânzeturilor, sunt adevărate următoarele afirmații:
- Pot fi produse prin adăugarea de chimozină
 - Adăugarea de sare inhibă dezvoltarea microorganismelor
 - Adăugarea de sare este importantă în procesul de maturare al brânzei
 - Conțin mai puțină lactoză decât laptele
 - Comparativ cu 250 ml lapte integral, 40 g de brânză furnizează cantități mai mici de proteine, vitamine A și K₂

19. Printre aminoacizi esențiali se regăsesc:
- Alanina
 - Treonina
 - Triptofanul
 - Metionina
 - Valina
20. Următorii acizi grași nu sunt polinesaturați:
- α - și γ - linolenic
 - Arahidonic
 - Docosahexaenoic
 - Stearic
 - Palmitoleic
21. Printre sursele alimentare cu un conținut mediu de colesterol, nu fac parte:
- Avocado
 - Uleiurile vegetale
 - Pastele
 - Laptele integral
 - Untul
22. Următoarele surse alimentare furnizează fibre solubile:
- Căpșunile
 - Orezul brun
 - Perele
 - Orzul
 - Citricele
23. Următoarele alimente au un index glicemic scăzut, cu excepția:
- Pastele din grâu dur
 - Merele
 - Cartofii dulci
 - Înghețata
 - Pâinea albă
24. Următoarele alimente au index glicemic crescut:
- Fasolea
 - Portocalele
 - Orezul brun gătit
 - Orezul alb gătit
 - Fulgii de porumb
25. Următoarele surse au un conținut foarte crescut de β -caroten:
- Spanac
 - Uleiul de pește
 - Brocoli
 - Roșii
 - Morcov

26. Următoarea informație cu privire la toxicitatea vitaminei A este falsă:
- Nu se recomandă consumul de ficat în sarcină
 - Aportul crescut de β -carotenoizi din alimente crește riscul de toxicitate
 - Suplimentele de vitamina A nu ar trebui administrate în sarcină
 - Toxicitatea poate să apară la un consum zilnic de 10 mg pentru cel puțin o lună
 - Simptomele specifice asociate toxicității cronice sunt cefalee, dureri musculare și osoase, ataxie, alopecie
27. Printre sursele bune de vitamina K nu se regăsesc:
- Uleiul de porumb
 - Uleiul de floarea soarelui
 - Ouăle
 - Spanacul
 - Brocoli
28. Creșterea riscului pentru formarea de calculi renali este atribuită aportului în doze mari de următoarele vitamine:
- C
 - D
 - K
 - Acid folic
 - E
29. Dintre vitaminele de grup B, efecte specifice toxicității au fost raportate pentru:
- Piridoxină
 - Tiamină
 - Acid pantothenic
 - Cobalamină
 - Biotină
30. Următoarele alimente au un conținut mare de potasiu (> 400 mg per porție), cu excepția:
- Banană medie
 - Cană de suc proaspăt de portocale
 - Cartof dulce gătit
 - Un ou mare gătit
 - Un kiwi mediu
31. Despre Rata metabolismului bazal sunt adevărate următoarele afirmații:
- Reprezintă nivelul minim de energie necesar menținerii vieții
 - Este cu 10-20% mai mare față de rata metabolismului de repaus
 - Trebuie determinată la 10-12 ore de la ingestia de alimente, băuturi sau nicotină
 - Include termogeneza
 - Reprezintă energia necesară pentru susținerea funcțiilor normale ale organismului și a homeostaziei

32. Referitor la consumul energetic de repaus sunt adevărate următoarele afirmații:
- Nu este influențat de vârstă
 - Are o valoare cu 5-10% mai redusă la femei comparativ cu bărbații, pentru aceeași greutate și înălțime
 - Are o valoare mai crescută în hipotiroidism
 - Pe perioada sarcinii, crește gradual cu aproximativ 15%
 - Consumul de alcool determină scăderea consumului energetic de repaus
33. Efectul termic al alimentelor:
- Reprezintă cantitatea de energie consumată pentru digestia, absorbția, transportul și metabolismul alimentelor ingerate
 - Reprezintă aproximativ 10% din consumul energetic total
 - Condimentarea alimentelor stimulează și prelungesc efectul termic al alimentelor
 - Compoziția dietei influențează efectul termic al alimentelor, cel mai mare consum înregistrându-se după ingestia de proteine
 - Este mai crescut după consumul unei mese bogate în lipide comparativ cu o masă bogată în proteine
34. Referitor la energia necesară desfășurării activității fizice sunt adevărate afirmațiile, cu excepția:
- Reprezintă cel mai variabil component al consumului energetic total
 - Poate fi de doar 100 kcal/zi în cazul persoanelor sedentare și poate ajunge la 3000 kcal/zi în cazul atleților
 - Este foarte facil de determinat, atât la copii, cât și la adolescenți și adulți
 - Scade cu înaintarea în vârstă ca urmare a tendinței de scădere a masei musculare și de creștere a masei grase
 - În general, bărbații au o masă musculară mai dezvoltată, fapt ce poate contribui la o creștere a energiei necesare desfășurării activității fizice
35. Ecuațiile Harris-Benedict:
- Subestimează Rata metabolismului bazal la persoanele normoponderale și cu obezitate în proporție de 7-27%
 - Au o acuratețe mai mare în estimarea Ratei metabolismului bazal comparativ cu ecuațiile Mifflin-St. Jeor, atât la persoanele normoponderale, cât și la cele cu obezitate
 - Se recomandă a fi utilizate în practica curentă
 - Au fost create pentru a fi aplicate în cazul persoanelor sănătoase
 - Supraestimează Rata metabolismului bazal doar în cazul persoanelor normoponderale
36. Referitor la Indicele de masă corporală, sunt adevărate afirmațiile:
- Este un indicator util pentru a clasifica greutatea corporală, raportat la înălțime;
 - Determină în mod direct grăsimea corporală
 - Comparativ cu valorile $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, valorile indicelui de masă corporală din categoria normo- și supraponderalilor nu sunt strâns corelate cu procentul real de masă grasă corporală
 - Nu poate fi utilizat în cazul copiilor deoarece variază în funcție de vârstă
 - Persoanele cu un procent ridicat de masă slabă și cu un procent scăzut de masă grasă pot fi incluse eronat în categoria supraponderalilor

37. Referitor la compoziția corporală, sunt false afirmațiile:
- Masa grasă și masa slabă au proprietăți fizice și chimice similare
 - Masa grasă este alcătuită în principal din triacilgliceroli, alături de cantități reduse de apă și minerale
 - Masa slabă este mult mai diversă comparativ cu masa grasă, fiind constituită din mușchi, oase, lichide intra- și extracelulare
 - Mușchii conțin aproximativ 73% apă
 - Pe lângă triacilgliceroli, masa grasă conține cantități semnificative de apă
38. Măsurarea pliului cutanat se realizează, în mod uzual, în următoarele puncte anatomice:
- La nivelul tricepsului, în partea posterioară a brațului
 - Subscapular, în partea superioară a omoplatului
 - În zona suprailiacă, deasupra șoldului
 - La nivelul abdomenului, la 2,5 cm la dreapta ombilicului
 - La nivelul coapsei, la mijlocul distanței dintre genunchi și șold
39. Impedanța bioelectrică:
- Se bazează pe faptul că fluxul de electricitate (conductivitatea) este facilitat în masa slabă, bogată în apă și în electroliți, dar este îngreunat de masa grasă, cu un conținut redus de apă și de electroliți
 - Se bazează pe faptul că fluxul de electricitate (conductivitatea) este facilitat în masa grasă, bogată în apă și în electroliți, dar este îngreunat de masa slabă, cu un conținut redus de apă și de electroliți
 - Este o metodă sigură, neinvazivă și rapidă pentru evaluarea compoziției corporale
 - Nu este afectată de hidratare sau de dezechilibrele electrolitice
 - Este mai utilă în cazul persoanelor sănătoase
40. DEXA (Dual-energy X-ray absorptiometry):
- Implică scanarea subiecților cu raze UV
 - Este considerată standardul de aur pentru diagnosticul osteoporozei și osteopeniei
 - Este o metodă utilizată și pentru evaluarea compoziției corporale
 - Limitările acestei metode includ costurile ridicate ale echipamentelor și expunerea subiecților la radiații
 - Determinările prin DEXA sunt reproductibile și corelează cu alte metode de analiză a compoziției corporale
41. Referitor la hormonii implicați în controlul apetitului și în homeostazia energetică, sunt adevărate informațiile, cu excepția:
- Țesutul adipos sintetizează leptină și adiponectină
 - Efectele hormonale pot fi doar pe termen scurt, implicând fluctuații ale apetitului pe parcursul zilei
 - Includ așa-numiții „hormoni intestinali”: grelina, colecistokinina, peptidul YY și GLP-1
 - Principala țintă a acestor hormoni este hipotalamusul, în special regiunea nucleului arcat
 - Includ și hormonii secretați de pancreas, respectiv insulina și peptidul pancreatic

42. Următoarele afirmații despre leptină sunt adevărate, cu excepția:
- Este un hormon produs de țesutul adipos alb
 - Interacționează cu hipotalamusul pentru a reduce senzația de foame
 - Nivelul circulant al leptinei corelează direct cu procentul de grăsime corporală
 - Mutații la nivelul genelor care codifică leptina sau receptorii leptinei determină obezitate severă
 - Pe măsură ce nivelul grăsimii corporale crește, nivelul de leptină scade.
43. Referitor la rezistența la leptină, sunt adevărate afirmațiile:
- La majoritatea persoanelor cu obezitate, nivelul de leptină este normal sau crescut, iar persistența senzației de foame nu determină reducerea aportului caloric
 - Nivelul crescut de leptină nu determină scădere în greutate, deși receptorul pentru leptină este funcțional
 - Ar putea fi cauzată de imposibilitatea leptinei de a ajunge la receptor ca urmare a diminuării transportului de-a lungul barierei hematoencefalice
 - Ar putea fi cauzată de suprastimularea receptorului pentru leptină și de activarea unor căi de feedback negativ care blochează semnalizarea leptinei
 - Mecanismele acestei rezistențe sunt pe deplin cunoscute și înțelese
44. Despre leptină sunt adevărate afirmațiile, cu excepția:
- Exercită efecte rapide asupra metabolismului glucidic și lipidic
 - Receptorii pentru leptină sunt prezenți și în alte țesuturi, nu doar în hipotalamus, astfel încât leptina își poate exercita efectele în mod direct asupra acestor țesuturi, independent de acțiunea sa la nivelul hipotalamusului
 - Receptorii pentru leptină sunt prezenți exclusiv în hipotalamus
 - La nivelul mușchiului scheletic, leptina promovează oxidarea acizilor grași, în scop energetic
 - Leptina inhibă sinteza și secreția de insulină de către pancreas
45. Despre adiponectină sunt corecte afirmațiile:
- Este sintetizată în adipocite
 - Nivelul acesteia crește proporțional cu scăderea masei grase
 - Nivelul acesteia scade proporțional cu scăderea masei grase
 - Are efect protectiv asupra celulelor beta-pancreatice
 - Nivelul circulant de adiponectină este scăzut la persoanele cu obezitate, dar crește ca răspuns la scăderea ponderală
46. Nivelul scăzut al adiponectinei plasmatice este asociat cu:
- Hipertensiunea arterială
 - Diabetul zaharat tip 2
 - Activitatea fizică crescută
 - Densitatea minerală osoasă
 - Riscul pentru unele forme de cancer
47. Nivelul adiponectinei plasmatice este crescut de următorii factori, cu excepția:
- Dietele restrictive calorice
 - Efortul fizic
 - Consumul de polifenoli
 - Consumul de carotenoizi
 - Creșterea în greutate

48. Despre grelină sunt adevărate următoarele afirmații:
- Inhibă senzația de foame
 - Secreția de grelină este scăzută între mese
 - Este produsă predominant în stomac
 - În cazul persoanelor cu obezitate, scăderea postprandială a producției de grelină nu are loc, fapt ce poate contribui la supraalimentare
 - Stimulează secreția de acid gastric și motilitatea gastrică anterior consumului de alimente
49. Următoarele afirmații despre insulină sunt false:
- Stimulează senzația de foame prin acțiunea sa atât asupra neuronilor orexigenici, cât și asupra celor anorexigenici
 - Efectele sale de inhibare a senzației de foame sunt mai puternice comparativ cu ale leptinei
 - Insulinemia crește proporțional cu grăsimea corporală
 - Inhibă gluconeogeneza și proteoliza la nivel hepatic
 - Stimulează lipogeneza și acumularea de triacilgliceroli la nivelul țesutului adipos
50. Despre colecistokinină sunt adevărate următoarele afirmații:
- Stimulează procesele digestive în urma consumului de alimente
 - Este produsă la nivelul intestinului subțire, în special ca răspuns la aportul de carbohidrați
 - Are rol în reglarea apetitului
 - Prin acțiunea sa, scade senzația de foame și crește sațietatea
 - Este produsă la nivelul adipocitelor, ca răspuns la consumul alimentelor bogate în grăsimi și proteine
51. Polipeptidul pancreatic (PP):
- Este un hormon anorexigenic
 - Este sintetizat, în principal, la nivel pancreatic
 - Este sintetizat, în principal, în intestin, ca răspuns la consumul de alimente
 - Stimulează senzația de foame
 - Are o perioadă scurtă de acțiune
52. Despre GLP-1 (Glucagon-Like Peptide-1) sunt adevărate afirmațiile, cu excepția:
- Este produs exclusiv la nivelul duodenului
 - Inhibă secreția de glucagon
 - Eliberarea de GLP-1 este întârziată la persoanele cu obezitate
 - GLP-1 stimulează pancreasul să secrete insulină
 - Încetinește golirea gastrică și motilitatea intestinală
53. Despre peptidul YY (PYY) sunt adevărate afirmațiile:
- Este produs la nivelul intestinului subțire și gros
 - Acțiunea sa durează mai puțin comparativ cu ceilalți hormoni anorexigenici
 - Inhibă motilitatea intestinală
 - Stimulează secreția sucurilor digestive
 - Nivelul circulant al PYY este mai scăzut la persoanele cu obezitate

54. Referitor la microbiota intestinală, sunt adevărate afirmațiile:
- Excesul de grăsime corporală este asociat cu prezența crescută a speciilor din genul *Firmicutes* și mai redusă a celor din genul *Bacteroides*
 - Nivelul *Bacteroides* crește odată cu scăderea greutății în urma dietelor restrictive calorice
 - Microbiota persoanelor cu obezitate are o capacitate crescută de a fermenta fibrele, fapt ce poate contribui la scăderea aportului energetic
 - Obiceiurile alimentare pe termen lung influențează microbiota intestinală
 - În mod normal, comunitățile microbiene sunt dominate de bacterii, 90% dintre acestea aparținând genurilor *Firmicutes* și *Bacteroides*
55. Referitor la perturbatorii endocrini obezogeni sunt adevărate informațiile, cu excepția:
- Interferă cu funcția hormonală
 - Obezogenii ar putea promova producția de triacilgliceroli și depozitarea în țesutul adipos
 - Obezogenii ar putea perturba controlul apetitului de la nivelul hipotalamusului
 - Nu sunt prezenți în alimente
 - Pot predispuce unele persoane la creștere în greutate chiar în prezența unui aport caloric adecvat și a unui nivel optim de activitate fizică
56. Despre proteine sunt adevărate următoarele afirmații:
- Sunt alcătuite doar din aminoacizi esențiali, care nu pot fi sintetizați de organism
 - Proteinele alimentare furnizează 10-15% din energia din dietă
 - Aproximativ 16% din greutatea corporală este determinată de proteine
 - Toate enzimele sunt proteine
 - Valoarea biologică a proteinelor din alimente este determinată de aminoacizii conținuți
57. Despre valoarea biologică a proteinelor sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Este determinată de aminoacizii conținuți
 - Proteinele cu valoare biologică mare provin din alimente de origine animală (de exemplu: carnea, ouăle, laptele, produsele lactate și peștele)
 - Absența unuia sau a mai multor aminoacizi esențiali (cunoscut sub numele de aminoacid limitant) reduce valoarea biologică a proteinei
 - Aminoacidul limitant din grâu este lizina
 - Combinând alimente cu proteină cu o valoare biologică mică nu se pot obține toți aminoacizii esențiali din alimentație
58. Malnutriția proteincalorică poate să apară:
- La persoanele imunocompromise
 - La persoanele cu anorexie nervoasă
 - La pacienții oncologici care prezintă cașexie
 - La pacienții spitalizați, după intervenții chirurgicale
 - În afecțiuni caracterizate de scăderea catabolismului

59. Deficitul proteic poate apărea în următoarele situații:
- Creșterea pierderilor de proteine în afecțiunile renale
 - Scăderea catabolismului în traumatisme
 - Creșterea catabolismului în arsuri
 - Sepsis
 - Malabsorbție
60. Deficitul proteic poate avea următoarele consecințe:
- Creșterea masei musculare
 - Întârziere în creștere
 - Întârziere în vindecarea rănilor
 - Susceptibilitate la infecții
 - Edem și ficat gras
61. Următoarele grupe de alimente conțin proteine cu valoare biologică mare:
- Leguminoase
 - Carne și derivate din carne
 - Pește
 - Ouă, lapte și produse lactate
 - Cereale
62. Rolurile grăsimilor din alimentație sunt următoarele, cu excepția:
- Sunt sursă de energie, furnizând 4 kcal pe gram
 - Furnizează acizi grași esențiali
 - Transportă vitaminele liposolubile (A, D, E și K)
 - Scad palatabilitatea alimentelor
 - Unele grăsimi pot fi transformate în compuși activi biologic (de exemplu: hormoni steroidieni, interleukine, tromboxani, prostaglandine)
63. Despre acizii grași saturați (AGS) sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Sunt, în general, conținuți în grăsimile de origine animală
 - Unele grăsimi vegetale (de exemplu uleiul de cocos, uleiul de palmier) conțin AGS
 - Sunt asociați cu creșterea HDL-colesterolului
 - Aporturi crescute de AGS sunt asociate cu aterogeneza și cu bolile cardiovasculare
 - Cantități crescute de AGS se găsesc în unele tipuri de margarină
64. Despre acizii grași mononesaturați (AGMNS) sunt adevărate următoarele afirmații:
- Sunt în stare solidă, la temperatura camerei
 - Uleiul de măsline și uleiul de rapiță sunt cele mai bogate surse de AGMNS
 - Se găsesc și în grăsimile de origine animală
 - Determină creșterea colesterolului seric și al LDL-colesterolului seric
 - Au impact negativ asupra nivelului de HDL-colesterol seric
65. Despre acizii grași polinesaturați sunt adevărate afirmațiile:
- Sunt în stare lichidă la temperatura camerei
 - Pot fi oxidați cu ușurință
 - Sunt asociați cu ateroscleroza și bolile cardiovasculare
 - Sunt asociați cu creșterea LDL-colesterolului seric
 - Sunt în stare solidă la temperatura camerei, fiind incluși în compoziția margarinei și a produselor tartinabile.

66. Acizii grași polinesaturați au următoarele roluri, cu excepția:
- Sunt implicați în metabolismul colesterolului
 - Sunt componente ale fosfolipidelor din membranele celulare
 - Sunt precursori ai unor compuși biologic activi cum ar fi prostaglandinele, interleukinele și tromboxanii
 - Au în structura lor o singură legătură dublă între atomii de carbon, motiv pentru care nu se pot oxida cu ușurință
 - Au rol vital în răspunsul imun, în coagularea sângelui și în inflamație
67. Acizii grași omega-3:
- Se găsesc în pește și în uleiul de pește
 - Ameliorează factorii de risc cardiovascular
 - Se găsesc în produse tartinabile de tipul margarinei
 - Sunt asociați cu un risc crescut de boli cardiovasculare
 - Unele studii au raportat efecte negative asupra funcțiilor cognitive
68. Despre colesterol sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Colesterolul și esterii de colesterol se găsesc doar în alimentele de origine animală
 - Colesterolul are rol structural în lipoproteine și în membranele celulare
 - Este un precursor al acizilor biliari, al hormonilor steroidieni și al vitaminei D
 - Cea mai mare parte din colesterolul plasmatic provine din alimentație
 - Reducerea aportului de grăsimi saturate determină scăderea nivelului plasmatic al colesterolului
69. În funcție de densitatea lor, lipoproteinele pot fi:
- Chilomicroni
 - Lipoproteine cu densitate foarte mică (VLDL)
 - Lipoproteine cu densitate mică (LDL)
 - Colesterol
 - Lipoproteine cu densitate mare (HDL)
70. Funcțiile lipoproteinelor plasmaticice sunt următoarele:
- Chilomicronii transportă lipidele alimentare către țesuturile periferice și ficat
 - VLDL transportă lipidele de la ficat către țesuturile periferice
 - LDL transportă colesterolul către țesuturile periferice și ficat
 - HDL transportă colesterolul de la țesuturile periferice către ficat
 - HDL transportă colesterolul de la ficat către țesuturile periferice
71. Referitor la carbohidrați sunt false următoarele afirmații, cu o excepție:
- Zaharoza este alcătuită din două molecule de fructoză
 - Zaharoza este alcătuită din două molecule de glucoză
 - Lactoza este alcătuită dintr-o moleculă de glucoză și una de galactoză
 - Glucoza, fructoza și galactoza sunt dizaharide
 - Glucoza, fructoza și galactoza sunt fibre alimentare

72. Referitor la carbohidrați sunt adevărate următoarele afirmații:
- Fructo-oligozaharidele și inulina stimulează dezvoltarea bifidobacteriilor la nivelul colonului
 - Consumați în cantități mari, poliolii pot cauza diaree osmotică
 - Amidonul are în structura sa amiloză și amilopectină, alcătuite din lanțuri de glucoză și fructoză
 - Leguminoasele și semințele conțin oligozaharide
 - Poliolii furnizează mai multă energie comparativ cu zaharurile corespunzătoare
73. Referitor la indicele glicemic (IG) al alimentelor, sunt corecte afirmațiile:
- Carbohidratul standard este glucoza, cu un IG de 100%
 - Alimentele cu IG mare sunt absorbite cu ușurință și cresc glicemia rapid
 - Alimentele cu IG mic sunt digerate și absorbite lent, și cresc glicemia lent
 - Modul de procesare al alimentelor influențează indicele glicemic al acestora
 - Alimentele cu IG mare sunt cele cu o valoare cuprinsă între 55% și 69%
74. Beneficiile pentru sănătate ale alimentației cu indice glicemic redus includ:
- Îmbunătățirea controlului glicemic la pacientul cu diabet zaharat
 - Ameliorarea factorilor de risc cardiovascular
 - Scăderea în greutate
 - Scăderea riscului pentru anumite tipuri de cancer
 - Absorbția mai rapidă a alimentelor consumate
75. Următoarele alimente au indice glicemic mic:
- Orezul brun, preparat termic
 - Pastele din grâu dur
 - Fulgii de porumb
 - Înghețata
 - Fasolea
76. Următorii nutrienți sunt precursori de vitamina A, cu excepția:
- Licopenul
 - Zeaxantina
 - β -carotenu
 - α -carotenu
 - β -criptoxantina
77. Vitamina A este esențială pentru:
- Producerea de rodopsină în retină
 - Creștere
 - Diferențiere celulară
 - Embriogeneză
 - Creșterea susceptibilității la infecții
78. Cele mai concentrate surse de retinol din alimentație sunt:
- Ficatul și derivatele din ficat
 - Uleiurile minerale
 - Peștele gras
 - Uleiul din ficat de pește
 - Ouăle

79. Forma de vitamina E cu cea mai puternică activitate biologică este:
- α -tocoferol
 - α -tocotrienoli
 - β -tocoferol
 - β -tocotrienoli
 - vitamina E sintetică
80. Printre funcțiile vitaminei E se regăsesc:
- Facilitează producerea de rodopsină în retină
 - Antioxidant puternic, protejează membranele celulare și lipoproteinele de acțiunea radicalilor liberi
 - Menținerea integrității membranelor celulare
 - Reglarea sintezei prostaglandinelor
 - Sinteza de ADN
81. Sunt surse bune de vitamina E:
- Migdalele
 - Semințele și uleiul de floarea soarelui
 - Alunele, arahidele și untul de arahide
 - Cartoful dulce
 - Uleiul de porumb
82. Vitamina D îndeplinește în organismul uman următoarele funcții:
- Controlează absorbția și excreția calciului
 - Este implicată în mineralizarea osoasă
 - Deficitul de vitamina D la copii determină adesea afectarea funcției imunitare
 - Ar putea inhiba proliferarea celulară în unele forme de cancer
 - Facilitează producerea de rodopsină în retină
83. Surse alimentare de vitamina D sunt:
- Peștele gras (de exemplu: somonul, macroul)
 - Oul
 - Ficatul
 - Uleiul din ficat de cod
 - Fructele
84. Referitor la vitamina K, sunt adevărate afirmațiile:
- Vitamina K_1 se găsește în plante
 - Grupul de vitamine K_2 este sintetizat de bacteriile intestinale
 - Este esențială pentru coagularea sângelui
 - Deficitul este rar la adulți, dar posibil la pacienții cu icter obstructiv
 - Controlează absorbția și excreția calciului, menținând nivelul plasmatic al acestui mineral
85. Următoarele alimente sunt surse bune de vitamina K:
- Spanacul și varza
 - Uleiul de porumb
 - Uleiul de floarea soarelui
 - Ouăle;
 - Carnea

86. Despre vitamina C sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Este sintetizată, în organismul uman, la nivelul ficatului
 - Are acțiune antioxidantă puternică
 - Este necesară pentru sinteza collagenului
 - Stimulează absorbția Fe atunci când sunt consumate la aceeași masă
 - Deficitul de vitamina C este frecvent, ca urmare a consumului scăzut de suplimente alimentare
87. Sunt considerate surse bune de vitamina C următoarele alimente, cu excepția:
- Kiwi
 - Ouăle
 - Cartoful dulce
 - Portocalele
 - Coacăzele
88. Riboflavina (vitamina B₂) este implicată în:
- Susținerea creșterii normale
 - Sinteza de steroizi
 - Sinteza de glicogen
 - Absorbția fierului
 - Sinteza de rodopsină în retină
89. Sunt considerate a fi surse bune de riboflavină următoarele alimente:
- Uleiul de floarea soarelui
 - Laptele și derivatele din lapte
 - Ficatul și rinichii
 - Extractul de drojdie
 - Cerealele fortificate
90. Despre niacină (vitamina B₃) sunt adevărate următoarele informații:
- Aproximativ 50% din niacina din organism este sintetizată din triptofan
 - Deficitul de niacină este cunoscut sub denumirea de pelagră și se manifestă prin: dermatită, demență, diaree
 - Surse bune de niacină sunt: carnea de vită și de porc, organele, carnea de pasăre
 - Laptele conține triptofan care nu poate fi convertit în niacină
 - Dozele mari de niacină (3–6 g/zi) cauzează toxicitate hepatică ireversibilă
91. Despre tiamină (vitamina B₁) sunt corecte următoarele afirmații:
- Este componentă a coenzimei tiaminpirofosfat (TPP)
 - Deficitul de tiamină se manifestă sub formă de pelagră sau sindrom Wernicke–Korsakoff
 - Sunt considerate a fi surse bune de tiamină: leguminoasele, nucile, carnea de porc
 - Tiamina este necesară în metabolismul grăsimilor, carbohidraților și al alcoolului
 - Aportul cronic de peste 1g/zi este asociat cu simptome de toxicitate

92. Următoarele alimente sunt surse bogate în acid folic (peste >100 µg pe porție):
- Varza de Bruxelles
 - Cartofii
 - Iaurtul
 - Varza Kale
 - Spanacul
93. Următoarele alimente sunt surse bune de acid folic (50–100 µg pe porție):
- Broccoli
 - Ouăle
 - Somonul
 - Conopida
 - Năutul
94. Vitamina B₆ este implicată în:
- Decarboxilarea aminoacizilor și sinteza celor esențiali
 - Sinteza hemoglobinei
 - Conversia glicogenului în glucoză, la nivel muscular
 - Conversia triptofanului în niacină
 - Metabolismul hormonilor
95. Sunt considerate a fi surse bune de vitamina B₆ următoarele alimente, cu excepția:
- Carnea
 - Cerealele integrale
 - Uleiul de porumb
 - Bananele
 - Nucile
96. Despre vitamina B₁₂ sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Are rol în mielinizarea neuronilor
 - Este implicată în sinteza metioninei din homocisteină
 - Se găsește în cantitate redusă în alimentele de origine animală
 - Cel mai frecvent, deficiența apare secundar malabsorbției ca urmare a atrofiei mucoasei gastrice
 - Administrarea metforminei pe termen lung crește riscul de deficit al vitaminei B₁₂
97. Următoarele alimente sunt considerate a fi surse bune de vitamina B₁₂:
- Fructele
 - Carnea și derivatele din carne
 - Ouăle
 - Laptele și produsele lactate
 - Peștele

98. Despre vitamina B₇ sunt adevărate următoarele afirmații:
- Se mai numește și tiamină
 - Vitamina B₇ este obținută din alimentație și este sintetizată de bacteriile endogene din colon
 - Deficitul de vitamina B₇ a fost raportat la pacienții cu nutriție parenterală totală
 - Deficitul de vitamină B₇ poate fi indus de consumul unor cantități mari de albuș de ou crud (avidina reduce absorbția vitaminei B₇)
 - Se găsește în alimente precum: ficatul, rinichii, laptele, ouăle și produsele lactate
99. Despre vitamina B₅ sunt adevărate următoarele afirmații:
- Se mai numește și acid pantotenic
 - Se mai numește și biotină
 - Este esențială pentru reacțiile implicate în metabolismul carbohidraților și lipidelor
 - Se găsește în carne, ouă, alune de pământ, drojdie, legume verzi
 - Deficitul spontan este frecvent
100. Despre calciu sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Are rol în rigiditatea structurală a oaselor și a dinților
 - Are rol în controlul semnalizării intracelulare la nivelul mușchilor și al nervilor
 - Are rol în coagularea sângelui
 - Este cofactor pentru unele enzime, cum ar fi lipaza
 - La adulții sănătoși, nivelul plasmatic al calciului este, de obicei, afectat de deficitul acestuia din alimentație
101. Despre calciu sunt adevărate următoarele afirmații:
- Calciul din lapte și produse lactate este absorbit mai rapid comparativ cu cel din plante
 - Prezența fitaților în cereale inhibă absorbția calciului
 - Oxalații din legumele cu frunze verzi cresc absorbția calciului
 - Laptele, produsele lactate și sardinele reprezintă surse bune de calciu
 - Fasolea, năutul, pâinea, tofu reprezintă surse vegetale de calciu
102. Fosforul are următoarele funcții în organism, cu excepția:
- Contribuie la rigiditatea scheletală, fiind component al hidroxiapatitei
 - Energia pentru reacțiile metabolice provine din legăturile fosfat din adenzin trifosfat
 - Este constituent al fosfolipidelor și al membranelor
 - Este constituent al acizilor nucleici
 - Ajută la absorbția fierului
103. Printre alimentele considerate surse bune de fosfor, se regăsesc următoarele, cu excepția:
- Laptele
 - Untul
 - Cerealele
 - Carnea
 - Nucile

104. Despre fier sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- În organismul bărbatului adult sunt aproximativ 4 grame de fier, 2,4 grame fiind sub formă de hemoglobină
 - Organismul femeii adulte conține aproximativ 2,1 grame de fier, 1,6 grame sub formă de hemoglobină
 - Fierul este absorbit activ în duoden
 - Sub formă de hemoglobină, fierul stochează oxigenul în mușchi
 - Este component al unor enzime
105. Următoarele alimente sunt surse foarte bune de fier:
- Carnea (în special viscerele)
 - Leguminoasele
 - Nucile
 - Peștele
 - Ouăle
106. Despre zinc sunt adevărate următoarele afirmații:
- Este un antioxidant important
 - Este important în răspunsul imunitar
 - Intră în structura hidroxiapatitei
 - Biodisponibilitatea zincului este mai mare pentru alimentele de origine animală comparativ cu cerealele care conțin acid fitic
 - Carnea de miel și de vită, rădăcinoasele, crustaceele sunt surse de zinc foarte bogate
107. Despre cupru sunt adevărate următoarele afirmații:
- Cuprul intră în structura a numeroase metalo-enzime (de exemplu superoxid dismutaza);
 - Organele, nucile, cerealele, carnea sunt considerate surse bune de cupru
 - Deficitul de cupru este frecvent
 - Deficitul de cupru poate apărea la copii prematuri și la pacienți cu alimentație parenterală totală
 - Deficitul de cupru poate fi un factor de risc pentru afecțiunile coronariene
108. Deficitul de iod:
- La adulți, cauzează hipotiroidism și creșterea nivelului TSH
 - La făt, cauzează cretinism
 - Este asociat cu infertilitatea
 - În deficitul sever de iod, T3 și T4 cresc
 - Iodarea sării a avut drept scop prevenirea afecțiunilor asociate deficitului de iod
109. Referitor la sursele alimentare de iod sunt adevărate următoarele afirmații:
- Laptele și produsele lactate nu sunt surse bune de iod
 - Codul și crustaceele sunt surse bune de iod
 - Sarea iodată este o sursă bună de iod
 - Absorbția iodului este crescută de către substanțele goitrogene din unele alimente, cum ar fi varza și broccoli
 - Goitrogenii sunt inactivați prin preparare termică

110. Sunt surse bune de seleniu următoarele alimente:
- Fructele
 - Peștele
 - Nucile braziliene
 - Ouăle
 - Carnea
111. Despre funcțiile magneziului în organismul uman, sunt adevărate următoarele afirmații:
- Intră în structura oaselor, 20% din magneziul din corp fiind în structura scheletului
 - Are rol în metabolismul intracelular
 - Este cofactor pentru enzimele care necesită ATP
 - Are rol în replicarea ADN
 - Are rol în funcționarea celulelor musculare și nervoase
112. Despre deficitul de magneziu sunt adevărate următoarele afirmații:
- Apare foarte frecvent
 - Poate fi cauzat de creșterea pierderilor renale
 - Poate apărea în caz de malabsorbție
 - Poate apărea în cazul utilizării unor medicamente, cum ar fi diureticele
 - Hipomagnezemia a fost asociată cu aritmiile cardiace
113. Referitor la mangan (Mn), sunt adevărate următoarele afirmații:
- Este componentă a unor metalo-enzime (de exemplu arginaza, piruvatul)
 - Manganul determină rar toxicitate
 - Ceaiul și legumele sunt surse bune de Mn
 - Cerealele și produsele cerealiere asigură 50% din aportul zilnic de Mn
 - Deficitul de Mn este frecvent întâlnit în practica clinică
114. Următoarele alimente sunt surse bune de molibden:
- Untul
 - Nucile
 - Cerealele
 - Pâinea
 - Legumele cu frunze verzi
115. Despre crom sunt adevărate următoarele afirmații:
- Are rol în metabolismul lipoproteinelor
 - Deficitul a fost observat doar în cazul pacienților cu nutriție parenterală totală pe termen lung
 - Deficitul de crom determină alterarea toleranței la glucoză, scădere în greutate și neuropatie
 - Sursele cele mai bogate de crom sunt carnea, cerealele integrale, leguminoasele
 - Sursa cea mai bogată de crom o reprezintă ouăle

116. Despre conținutul de apă din organism sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Constituie peste jumătate din greutatea unei persoane, (~40–80%)
 - Crește odată cu înaintarea în vârstă și cu greutatea corporală
 - Cantitatea de țesut gras influențează semnificativ variația apei corporale
 - Oasele conțin aproximativ 25% apă
 - Masa grasă are aproximativ 10% apă
117. Referitor la sursele de apă ale organismului, sunt corecte următoarele afirmații:
- Apa din băuturile consumate reprezintă aproximativ 75–80% din aportul total
 - Apa din alimentele solide consumate reprezintă 20–25% din aportul total
 - Nucile și semințele conțin peste 95% apă
 - Apa metabolică rezultă din reacțiile biochimice celulare din organism
 - Cantitatea zilnică de apă metabolică formată este de 200–300 mL
118. Consumul de cereale integrale are următoarele caracteristici, cu excepția:
- Biodisponibilitatea mineralelor este mai redusă în cazul cerealelor rafinate
 - Cerealele integrale furnizează organismului uman mai multe minerale
 - Cerealele integrale sunt bogate în antioxidanți, în special compuși fenolici
 - Cerealele integrale sunt bogate în fibre
 - Cerealele integrale sunt o sursă bună de tiamină
119. Proteinele din cereale:
- Reprezintă 70-77% din greutatea bobului de cereală
 - Aminoacidul limitator este lizina
 - Porumbul este bogat în triptofan
 - Glutenul este proteina principală din orez
 - Cerealele reprezintă aproximativ 20% din sursele alimentare de proteine la nivel mondial
120. Despre leguminoase sunt adevărate următoarele afirmații:
- Furnizează în jur de 10-13g carbohidrați/100g
 - Densitatea energetică crescută a leguminoaselor reduce sațietatea
 - 100 g de fasole preparată termic conțin 6-9 g de fibre
 - Fibrele solubile din leguminoase pot ajuta la scăderea nivelului colesterolului plasmatic
 - Conțin oligozaharide care sunt fermentate de bacteriile din intestinal gros
121. Referitor la conținutul în grăsimi al leguminoaselor, sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Leguminoasele sunt sărace în grăsimi (aproximativ 2,5%)
 - Soia conține în jur de 8% grăsime
 - Arahidele conțin aproximativ 47% grăsimi
 - Grăsimile din leguminoase sunt, în principal, mono- și polinesaturate
 - Soia conține acid linolenic, un tip de acid gras ω -6

122. Referitor la conținutul în grăsimi al nucilor sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Conținutul energetic al nucilor este datorat, în principal, conținutului ridicat de grăsimi
 - Grăsimile din nuci variază atât în ceea ce privește cantitate cât și tipul acestora
 - Castanele sunt sărace în grăsimi
 - Nucile macadamia nu conțin grăsimi mononesaturate
 - Nucile pot fi o sursă bună de acid linolenic ω -3
123. Despre fructe sunt adevărate informațiile, cu excepția:
- Sucul de grapefruit reduce concentrația plasmatică a unor medicamente uzuale, cum sunt majoritatea statinelor
 - Sunt o sursă importantă de antioxidanți
 - Au un aport energetic redus
 - Contribuie semnificativ la aportul zilnic de vitamina C
 - Conțin carotenoizi, foliați și fibre alimentare
124. Următoarele afirmații referitoare la legume sunt adevărate:
- Morcovii sunt bogați în β -caroten
 - Spanacul conține o cantitate redusă de luteină
 - Spanacul este bogat în acid folic și fier
 - Broccoli este relativ bogat în calciu
 - Prepararea termică reduce cantitatea de vitamină C și folat din legume
125. Despre proteina din lapte sunt adevărate afirmațiile:
- Este o proteină de bună calitate
 - Conține cantități importante de aminoacizi esențiali
 - Poate completa deficitul de lizină pe care îl au proteinele din grâu și porumb
 - Poate cauza alergii la unele persoane
 - Alergia la proteina din lapte se întâlnește foarte rar în primul an de viață
126. Despre lactoză sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Digestia lactozei are loc la nivelul intestinului subțire prin intermediul lactazei
 - Fermentarea lactozei în colon poate cauza disconfort și diaree
 - Brânza are mai puțină lactoză comparativ cu laptele
 - Toleranța la lactoză este îmbunătățită prin consumul, cu regularitate, al laptelui
 - Lactoza este singurul zahăr conținut de lapte
127. Despre micronutrienții conținuți de lapte, sunt false afirmațiile:
- Laptele nu conține vitamina B₁₂
 - Laptele integral conține vitamina A
 - Calciul din lapte are o biodisponibilitate redusă
 - Laptele este sărac în fier
 - Laptele furnizează minerale precum: fosforul, magneziul, potasiul, zincul, seleniul și iodul

128. Referitor la micronutrienții din carne, sunt corecte următoarele afirmații:
- Carnea este o sursă majoră de fier și zinc
 - Organele sunt o sursă bună de vitamine
 - Consumul de ficat este recomandat în cazul femeilor însărcinate datorită conținutului ridicat de vitamina A
 - Biodisponibilitatea mineralelor din carne este inferioară celor din cereale sau din alte alimente de origine vegetală
 - Digestibilitatea și valoarea biologică a proteinei sunt cu atât mai crescute cu cât proporția dintre partea musculară și țesutul conjunctiv este mai mare
129. Peștele are următoarele caracteristici nutriționale:
- Conține o cantitate foarte redusă de carbohidrați
 - În general, este o sursă bună de vitamina E
 - Este o sursă de iod, seleniu și fluor
 - Conține, în mod natural, mult sodiu
 - Este o sursă de vitamine B₆, B₁₂, riboflavină și folat
130. Oul are următoarele caracteristici nutriționale:
- În sarcină, oul este o sursă ideală de proteine, fier, zinc, folat și de vitamina B₁₂
 - La copii, este o sursă bună de riboflavină, vitamina A, zinc
 - Oul nu conține colesterol
 - Este o sursă de luteină și zeaxantină, compuși cu proprietăți antioxidante
 - Albușul de ou este principala sursă de alergeni
131. Referitor la aportul de proteine în primul an de viață, sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Histidina pare să fie un aminoacid esențial
 - Tirozina, cisteina și taurina pot fi aminoacizi esențiali la copii prematuri
 - Proteina este necesară pentru reînnoirea țesuturilor, pentru dezvoltarea masei slabe și pentru creștere
 - Necesarul de proteină/kg corp este mai mare comparativ cu cel al copiilor mai mari și al adulților
 - Necesarul de proteină/kg corp este mai mic comparativ cu al adulților
132. În cazul copiilor, sunt adevărate afirmațiile:
- Aportul energetic trebuie să asigure creșterea și să prevină utilizarea proteinei în scop energetic
 - Necesarul proteic variază, în funcție de vârstă, de la 1,1 g/kg corp, la 0,95 g/kg corp
 - În cazul unei alimentații vegane stricte, nu există riscul unui aport proteic insuficient
 - Copiii mici au risc de deficit de fier și de anemie feriprivă
 - Deficitul de zinc poate afecta apetitul
133. În cazul copiilor, sunt adevărate afirmațiile:
- Copiii mici nu au abilitatea înăscută de a-și alege o alimentație echilibrată, hrănitoare
 - Atmosfera de la masă influențează atitudinea copiilor referitor la mâncare
 - Așteptările nerealiste referitoare la comportamentul copiilor la masă pot avea un impact negativ
 - Copiii care iau frecvent masa în familie consumă mai puține legume și fructe comparativ cu cei care iau rar masa cu familia lor
 - Toate cele de mai sus

134. Referitor la deficitul de fier la copii, sunt adevărate afirmațiile:
- Este una dintre cele mai frecvente deficiențe nutriționale în copilărie
 - Cea mai mare prevalență a anemiei la copii se întâlnește până la vârsta de 2 ani
 - Poate afecta performanța cognitivă
 - Poate cauza întârzieri în dezvoltarea psihomotorie
 - Pentru unii preșcolari care consumă puțină carne, fierul non-hemic din cereale fortificate se absoarbe mult mai eficient
135. Necesarul de carbohidrați în cazul adolescenților:
- Este estimat la aproximativ 130 g/zi
 - Este mai mare în cazul adolescenților care sunt foarte activi
 - Cerealele integrale sunt o sursă recomandată de carbohidrați deoarece furnizează vitamine, minerale și fibre
 - În general, aportul de fibre este redus la adolescenți, ca urmare a consumului scăzut de cereale, fructe și legume
 - Cerealele integrale nu sunt o sursă recomandată deoarece conțin foarte mult zahăr
136. Necesarul de fier la adolescenți:
- Este ridicat pentru a susține formarea masei slabe;
 - Este ridicat pentru a susține creșterea volumului hematiilor;
 - Este de 8 mg/zi după vârsta de 13 ani în perioadele menstruale la adolescente;
 - Este mai mare în perioadele de creștere activă;
 - În anemia fiziologică de creștere, există o scădere temporară a nivelurilor circulatorii de fier.
137. Recomandările alimentare pentru adolescenții cu un nivel crescut al LDL-colesterolului seric includ:
- Limitarea grăsimilor la cel mult 25-30% din aportul caloric zilnic
 - Limitarea grăsimilor saturate la cel mult 7% din aportul caloric zilnic
 - Aportul alimentar de colesterol nu ar trebui să depășească 300 mg/zi
 - Pot fi adăugate zilnic în alimentație până la 12 g de fibre psyllium
 - Timpul petrecut în fața ecranelor ar trebui limitat la mai puțin de două ore/zi
138. În cazul vârstnicilor sunt adevărate următoarele afirmații:
- Ratele obezității sunt mai mari în cazul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 de ani, comparativ cu cei care au depășit vârsta de 75 de ani
 - Obezitatea este o cauză majoră de moarte prematură
 - Intervențiile de scădere în greutate cu menținerea musculaturii și a masei osoase sunt recomandate în cazul vârstnicilor obezi
 - Standardele cu privire la valorile normale ale IMC nu au fost validate pentru persoanele de vârstă foarte înaintată
 - Scăderea în greutate ar trebui să fie obiectivul principal în cazul persoanelor de vârstă foarte înaintată

139. Următoarele afirmații în legătură cu fertilitatea sunt adevărate:
- Femeile cu IMC mai mic de 20 kg/m^2 au un risc crescut de anovulație
 - Obezitatea influențează în mod pozitiv fertilitatea
 - Deficitul de iod este asociat cu scăderea fertilității în cazul femeilor
 - Nu există dieta ideală documentată pentru creșterea fertilității
 - Deficitul de vitamina D la bărbați și femei este asociat cu infertilitatea
140. Recomandările privind creșterea în greutate într-o sarcină monofetală sunt:
- 12,5-18 kg, în cazul unui IMC mai mic de $18,5 \text{ kg/m}^2$
 - 11,5-16 kg, în cazul unei greutate normale
 - 7-11,5 kg, în cazul femeilor supraponderale
 - 5-9 kg, în prezența obezității
 - Scăderea în greutate trebuie încurajată la gravidele supraponderale
141. În sarcină, constipația poate fi cauzată de:
- Modificările hormonale
 - Aport crescut de apă
 - Aport crescut de fibre
 - Consumul de suplimente cu fier
 - Creșterea aportului de cereale integrale
142. Pe perioada sarcinii, sunt corecte următoarele recomandări, cu excepția:
- Nu se recomandă administrarea sării iodate
 - Aport energetic care să asigure creșterea corectă în greutate
 - Un aport proteic adițional necesarului zilnic de aproximativ 25g/zi
 - Aport de acid docosahexaenoic (DHA) din pește gras (sărac în metilmercur) de două ori pe săptămână
 - Alimente cât mai variate, dense nutrițional
143. Pe perioada alăptării, următoarele recomandări sunt corecte, cu excepția:
- Aport caloric redus sub 1800 kcal/zi
 - Aport energetic care să asigure creștere corectă în greutate
 - Un aport proteic adițional necesarului zilnic de aproximativ 25g/zi
 - Se recomandă aportul de acid docosahexaenoic (DHA) din pește gras (sărac în metilmercur), de două ori pe săptămână
 - Alimente cât mai variate, dense nutrițional
144. În cazul femeilor supraponderale sau obeze, care alăptează:
- Nu se recomandă scăderea în greutate până la stabilizarea lactației (două luni)
 - După stabilizarea lactației, restricția aportului energetic zilnic cu 500 kcal se face prin scăderea consumului de alimente bogate în grăsimi
 - Restricția aportului energetic zilnic impune alegerea alimentelor bogate în calciu, vitamina D, vitamina A, vitamina C și acizi grași omega-3
 - Perioada de alăptare permite organismului să scadă treptat, în mod natural, în greutate
 - Se recomandă scăderea în greutate o dată cu inițierea lactației

145. Următoarele determinări reprezintă măsurători antropometrice, cu excepția:
- Talia
 - Greutatea
 - Profilul lipidic
 - Perimetrul abdominal
 - Hemoglobina
146. Pot fi cauze ale retenției de lichide:
- Hipoalbuminemia
 - Scăderea aportului alimentar de sodiu
 - Disfuncția cardiacă
 - Disfuncția renală
 - Disfuncția hepatică
147. Referitor la Chestionarul de frecvență alimentară sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Constă dintr-o listă de alimente specifice sau de tipuri de alimente asociate cu frecvența consumului acestora
 - Are drept scop evaluarea consumului anumitor alimente pe o perioadă de o lună sau de un an
 - Răspunsurile sunt influențate de lungimea și de complexitatea listei de alimente incluse
 - Răspunsurile nu sunt influențate de alimentația curentă
 - Este denumit „semicantitativ” dacă în lista cu alimente sunt incluse și porțiile
148. Care dintre următoarele afirmații referitoare la procentul pe care trebuie să-l reprezinte principalele grupuri alimentare într-o alimentație sănătoasă sunt false?
- Lapte și produse lactate – 12%
 - Fruite și legume – 33%
 - Grăsimi și zaharuri – 15%
 - Carne și pește – 7%
 - Pâine, cereale și cartofi – 34%
149. Alegeți afirmațiile corecte legate de managementul nutrițional al gastritelor:
- Proteinele tamponează temporar secrețiile gastrice
 - Proteinele inhibă secreția de acid clorhidric
 - Proteinele inhibă secreția de pepsină
 - Proteinele inhibă secreția de gastrină
 - Proteinele stimulează secreția de pepsină
150. La pacienții cu ulcer peptic, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:
- Consumul unor cantități mari de alcool poate determina leziuni superficiale ale mucoasei gastrice
 - Consumul unor cantități mari de alcool poate interfera cu tratamentul ulcerului peptic
 - Cafeaua crește tonusul sfincterului esofagian inferior
 - Vinul crește secrețiile gastrice
 - Berea scade secrețiile gastrice

151. Dieta "low FODMAPs" limitează alimentele care conțin:
- Manitol
 - Lignină
 - Lactoză
 - Fructoză
 - Pectină
152. Alimentele din categoria FODMAP:
- Conțin glucide cu lanț lung de atomi de carbon
 - Sunt fermentate rapid de bacteriile din intestinul subțire
 - Sunt fermentate rapid de bacteriile din intestinul gros
 - Pot determina flatulență la persoane sensibile
 - Pot determina diaree la persoane sensibile
153. Dieta "low FODMAPs" poate determina deficiențe nutriționale de:
- Folați
 - Vitamina B₁
 - Vitamina B₆
 - Vitamina D
 - Vitamina B₁₂
154. Următoarele afirmații referitoare la dieta DASH sunt false:
- Dieta DASH conține o cantitate crescută de fructe
 - Dieta DASH s-a dovedit a fi la fel de eficace ca și adăugarea de fructe și de legume la o dietă hipolipidică
 - Dieta DASH conține o cantitate crescută de produse lactate degresate
 - Dieta DASH s-a dovedit a fi mai eficace la bărbați decât la femei
 - Dieta DASH este săracă în fosfor
155. Alegeți afirmațiile false legate de managementul pacienților cu insuficiență renală acută:
- Aportul proteic la pacienții nedializați trebuie să fie de 1-2 g/kg, iar pentru cei dializați de 0,5-0,8 g/kg
 - Atunci când nu se poate efectua dializă sau hemofiltrare, se recomandă o dietă hipocalorică
 - Ca rezultat al intoleranței la glucoză este posibil să apară hiperglicemie
 - Perfuziile cu glucoză, insulină și bicarbonat eliberează potasiul din celulă
 - Cantitatea de lichide administrată se calculează adăugând 500 ml la pierderile din ziua precedentă (vărsături, diaree, diureză)
156. Mecanismele prin care fibrele alimentare solubile scad LDL-colesterolul sunt următoarele, cu excepția:
- Leagă acizii biliari în lumenul intestinal
 - Formează un strat gros în apropierea mucoasei, crescând absorbția de acizi biliari
 - Reduc rata de absorbție a glucozei → scad eliberarea de insulină → scad producția hepatică de colesterol
 - Produc acizi grași cu lanț scurt prin fermentare în intestinul gros
 - Inhibă sinteza hepatică de colesterol

157. Acizii grași polinesaturați $\omega 6$ au următoarele efecte, cu excepția:
- Scad LDL-colesterolul
 - Scad HDL-colesterolul
 - Scad trigliceridele
 - Acidul linoleic este un precursor al eicosanoizilor
 - Cresc susceptibilitatea la oxidare a LDL-colesterolului
158. Următoarea afirmație despre acizii grași este falsă:
- Aterogenitatea acidului palmitic este mai mare decât a acidului lauric
 - Acidul docosahexaenoic are 22 atomi de carbon în moleculă
 - Acidul oleic se găsește în avocado și în migdale
 - Acidul arahidonic este un acid gras polinesaturat omega 3
 - Acidul eicosapentaenoic se găsește în semințe de in, ulei de soia
159. Scăderea LDL-colesterolului de către fructele oleaginoase se explică prin următoarele, cu excepția:
- Conținutul crescut de grăsimi mono- și polinesaturate
 - Conținutul crescut de fibre
 - Conținutul crescut de arginină
 - Determinarea senzației de sațietate
 - Creșterea secreției de insulină
160. Dieta DASH se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
- Aport redus de grăsimi
 - Aport redus de colesterol
 - Aport redus de calciu
 - Aport crescut de potasiu
 - Aport crescut de magneziu
161. Malnutriția are următoarele efecte asupra funcției renale, cu excepția:
- Nivelurile crescute de prostaglandină E_2 modifică capacitatea de concentrare a urinei
 - Aportul proteic redus scade nivelul de uree din medulara renală, nivel necesar pentru acrea un gradient osmotic adecvat și poate afecta activitatea hormonului antidiuretic (ADH)
 - Aportul proteic redus scade activitatea enzimelor implicate în alcalinizarea urinei, ducând la alcaloză
 - Aportul redus de fosfați scade excreția de acizi, ducând la acidoză
 - Crește frecvența infecțiilor nosocomiale de tract urinar
162. Următoarea afirmație este falsă în ceea ce privește nutriția pacientului dializat:
- Rația proteică va fi normală, exceptând cazul dializei peritoneale, în care dieta va fi hipoproteică
 - Aportul de sare și apă va fi restrâns
 - Aportul de potasiu va fi controlat prin dietă, folosind la nevoie rășini schimbătoare de ioni
 - Aportul de fosfor va fi restrâns
 - Aportul de calciu trebuie suplimentat

163. Acizii grași nesaturați forma *trans* determină:
- Creșterea colesterolului total
 - Scăderea LDL-colesterolului
 - Scăderea lipoproteinei (a)
 - Creșterea agregabilității plachetare
 - Scăderea trigliceridelor
164. Următoarele afirmații despre acizii grași saturați sunt adevărate:
- Cresc LDL-colesterolul
 - Cresc trigliceridele
 - Cresc agregabilitatea plachetară
 - Cresc HDL-colesterolul
 - Au efect trombogen
165. Fitostanolii și fitosterolii:
- Inhibă absorbția intestinală de colesterol
 - Inhibă absorbția intestinală de trigliceride
 - Sterolii sunt derivați ai stanolilor cu efect hipocolesterolemiant mai mare
 - Stanolii și sterolii scad LDL-colesterolul
 - Se recomandă în doză de: 2 g/zi
166. Care dintre următoarele afirmații despre alcool și cafea sunt adevărate?
- Alcoolul determină creșterea trigliceridelor
 - Alcoolul determină scăderea HDL-colesterolului
 - Alcoolul determină inhibarea oxidării LDL
 - Consumul crescut de cafea determină creșterea colesterolului total
 - Consumul crescut de cafea determină creșterea HDL-colesterolului
167. Următoarele afirmații referitoare la proteinele din soia sunt false:
- Determină scăderea colesterolului total
 - Au un conținut crescut de acizi grași mononesaturați
 - Determină scăderea HDL-colesterolului
 - Determină scăderea trigliceridelor
 - Se administrează în doză de 25 g/zi
168. Usturoiul are efecte benefice în boala aterosclerotică deoarece:
- Scade colesterolul total
 - Scade LDL-colesterolul
 - Scade trigliceridele
 - Crește HDL-colesterolul
 - Activează HMG-CoA reductaza
169. La pacienții cu insuficiență cardiacă se recomandă:
- Restricția aportului de sodiu la 10 g sodiu/zi
 - Consumul unor cantități mari de lichide pentru a menține funcția normală a rinichilor
 - Reducerea aportului de lipide și de colesterol
 - Creșterea aportului de fibre alimentare
 - Evitarea alcoolului și a excesului de cafea

170. Următoarele recomandări sunt adevărate în ceea ce privește tratamentul nutrițional în boala de reflux gastroesofagian:
- Dietă hipercalorică
 - Dietă hiperproteică
 - Aportul scăzut de fibre alimentare pentru evitarea distensiei abdominale
 - Consumul unor cantități crescute de lichide la mese pentru accelerarea tranzitului intestinal
 - Evitarea vinului roșu
171. În tratamentul nutrițional al infecțiilor urinare se recomandă:
- Reducerea aportului lichidian
 - Proteine cu valoare biologică mare; se va reduce aportul proteic doar dacă scade funcția renală
 - Creșterea aportului de vitamină C
 - Consum crescut de produse cu cafeină (cafea, ceai, băuturi tip cola) pentru efectul lor relaxant
 - Peștele gras oceanic
172. Care este procentul de lipide din necesarul energetic care se utilizează în dieta unui bolnav normoponderal cu diabet zaharat, care nu asociază hiperlipidemie?
- 60%
 - 30%
 - 50%
 - 45%
 - 15%
173. Care din următoarele afirmații este adevărată despre dieta unui pacient diabetic:
- Calculul necesarului caloric nu ia în considerare statusul ponderal
 - Planul alimentar nu se adaptează obiceiurilor alimentare ale pacientului
 - Planul alimentar este standardizat și nu necesită individualizare în funcție de caracteristicile pacientului
 - Persoana cu diabet este elementul-cheie în deciziile referitoare la tratamentul nutrițional
 - Regimul dietetic optim scade HbA_{1c} cu aprox. 4% la toți pacienții cu diabet zaharat
174. Care este necesarul zilnic de glucide la o persoană cu diabet zaharat?
- 0,8 g/kg/zi
 - 45-55% din necesarul caloric zilnic
 - 0,5 g/kg/zi
 - 10-15% din necesarul caloric zilnic
 - 25-30% din necesarul caloric zilnic
175. Printre efectele dietelor cu index glicemic scăzut asupra persoanelor cu diabet zaharat se numără:
- Creșterea nivelului trigliceridelor
 - Scăderea nivelului trigliceridelor
 - Creșterea nivelului LDL-colesterolului
 - Creșterea riscului cardiovascular
 - Controlul foarte dificil al glicemiei postprandiale

176. Care din următoarele afirmații este adevărată despre rolul metabolic al proteinelor din dieta unui pacient diabetic:
- Normoinsulinizarea determină un catabolism proteic crescut
 - Subinsulinizarea determină hiperglicemie, explicată prin inhibarea gluconeogenezei din surse proteice
 - Gradul de conversie al proteinelor alimentare la glucoză este constant, indiferent de calitatea insulinizării
 - Prevenția catabolismului proteic se face prin echilibrarea glicemică riguroasă și printr-un aport adecvat de proteine
 - Aportul proteic de peste 20% din necesarul energetic zilnic inhibă pierderile urinare de albumine și reduce riscul de dezvoltare a nefropatiei diabetice
177. Care din următoarele afirmații este adevărată despre rolul metabolic al lipidelor din dieta unui pacient diabetic:
- Lipidele au efect hiperglicemiant
 - Lipidele accelerează evacuarea gastrică și cresc riscul de hipoglicemie
 - O gustare mixtă formată din glucide și lipide este utilă pentru profilaxia hipoglicemiilor nocturne
 - Aportul de acizi grași mononesaturați poate determina accentuarea insulinorezistenței
 - Dietele hipolipidice hiperglicidice agravează dezechilibrul glicemic
178. Care din următoarele afirmații este adevărată despre rolul metabolic al fibrelor din dieta unui pacient diabetic:
- Copiii cu diabet zaharat au un necesar de minimum 30 g fibre alimentare pe zi
 - Consumul unor cantități mari de fibre alimentare agravează hiperglicemia postprandială
 - Consumul unor cantități mari de fibre alimentare accelerează evacuarea gastrică
 - Consumul unor cantități mari de fibre alimentare ameliorează controlul glicemic
 - Consumul unor cantități mari de fibre alimentare agravează o eventuală dislipidemie asociată
179. În dieta pacienților cu diabet zaharat:
- Proteinele trebuie să reprezinte peste 30% din aportul caloric
 - Glucidele trebuie să reprezinte mai puțin de 40% din aportul caloric
 - Se vor include, cu precădere, alimente cu index glicemic mare
 - Lipidele pot reprezenta până la 30% din aportul caloric
 - Aportul caloric adecvat se stabilește în funcție de greutatea ideală și activitatea fizică
180. Aportul de proteine în dieta pacienților cu diabet zaharat:
- Contribuie la 10-20% din aportul energetic zilnic
 - Induce optimizarea controlului glicemic la pacienții subinsulinizați
 - Dacă este folosit mai ales pentru gluconeogeneză, poate accentua hiperglicemia
 - Nu previne hipoglicemiile recurente și nocturne
 - În cantități crescute, are rol protector față de apariția nefropatiei diabetice

181. Despre dieta pacienților cu diabet zaharat sunt adevărate următoarele:
- Este individualizată în funcție de caracteristicile antropometrice
 - Acizii grași ω -3 administrați la pacienții diabetici determină creșterea trigliceridelor și a LDL-colesterolului
 - Ar trebui să conțină 12-14% acizi grași mononesaturați
 - Asigură creșterea și dezvoltarea normală la copiii și adolescenții cu DZ
 - Restricționarea strictă a aportului de zahăr și de alte glucide simple este obligatorie la toți pacienții
182. Utilizarea edulcoranților la pacienții diabetici:
- Fructoza nu trebuie inclusă în calculul caloric
 - Ciclamatul nu se poate folosi la fierbere și coacere
 - Aspartamul se folosește ca îndulcitor pentru alimentele reci și băuturi răcoritoare
 - Zaharina este contraindicată la copii și la gravide
 - Prin utilizare excesivă, sorbitolul poate determina diaree sau meteorism abdominal
183. Consumul de alcool la pacienții diabetici:
- Determină hipoglicemii care nu răspund la administrarea de glucagon
 - În cantități moderate, anumite băuturi alcoolice pot determina reducerea riscului cardiovascular
 - Ameliorează manifestările de neuropatie hiperalgică
 - Poate determina hipercolesterolemie
 - Poate fi convertit în cantități suplimentare de glucoză, ceea ce agravează hiperglicemia
184. Dietele hipocalorice:
- Persoanele aflate la prima tentativă de scădere ponderală pot folosi dietele cu 800 kcal/zi
 - Sunt contraindicate în bolile psihice grave
 - Dietele sever hipocalorice sunt indicate în sarcina cu câștig ponderal important
 - Dietele hipolipidice pot induce deshidratare prin efectul lor cetogen
 - Se folosesc în cicluri de scădere – menținere ponderală
185. Despre aportul lipidic la pacienții diabetici sunt adevărate următoarele:
- Trebuie să reprezinte 20-35% din aportul energetic zilnic
 - Trebuie să conțină minimum 300 g colesterol pe zi
 - Aportul de acizi grași omega-3 are rol proaterogen
 - Aportul de acizi grași omega-3 are rol antiaterogen
 - Aportul de acizi grași saturați trebuie să reprezinte 12-14% din aportul energetic zilnic
186. Următoarele concepte sunt adevărate în tratamentul dietetic al obezității:
- Atingerea greutății corporale ideale este un obiectiv constant și obligatoriu
 - Scăderea ponderală optimă este de 4-5 kg pe săptămână
 - Dietele sever hipocalorice sunt obligatorii în tratamentul dietetic al oricărui pacient obez
 - Aportul lipidic nu trebuie să depășească 25-30% din aportul energetic total
 - Fragmentarea aportului caloric pe parcursul zilei este o strategie utilă

187. Printre complicațiile medicale ale obezității se numără:
- Boala ficatului gras nonalcoolic
 - Unele cancere digestive
 - Flebitele intracraniene
 - Hipertensiunea arterială
 - Hipertensiunea pulmonară
188. Distribuția androidă a adipozității:
- Este mai frecvent întâlnită la femeile aflate în perioada premenopauză
 - Asigură necesitățile specifice sarcinii și lactației la femeile de vârstă fertilă
 - Se poate asocia cu alterări ale metabolismului glucidic
 - Se asociază cu un risc cardiovascular crescut
 - Este un indicator al depunerilor viscerale de grăsime
189. În cadrul modificării stilului de viață la persoanele obeze, terapia comportamentală include:
- Controlul stimulilor care conduc la creșterea cheltuielilor energetice
 - Controlul stimulilor care conduc la creșterea ingestiei alimentare
 - Restructurarea cognitivă
 - Asumarea integrală a responsabilității pentru schimbare și realizare de către profesioniștii din domeniul medical
 - Identificare ideății negative care subminează eforturile de scădere în greutate ale pacienților
190. Alimentația cu restricție calorică care se recomandă în tratamentul obezității include:
- Dieta cu un deficit de 500 kcal
 - Reducerea obligatorie a aportului proteic cu mult sub 1,2 g proteine/kgcorp/zi
 - Aportul liber de calorii din băuturi alcoolice
 - Restricționarea intensivă și obligatorie a lipidelor sau glucidelor din alimentație
 - Suplimentări vitaminice și minerale atunci când restricția calorică nu poate realiza aporturile zilnice recomandate
191. După chirurgia bariatrică sunt necesare suplimente de:
- Fier
 - Vitamina B₆
 - Zinc
 - Vitamina B₁₂
 - Iod
192. Obiectivele terapiei medicale nutriționale din diabetul zaharat:
- Sunt obiective legate integral de controlul valorilor glicemice
 - Includ controlul valorilor tensionale
 - Se stabilesc individualizat pentru fiecare pacient în parte
 - Includ reducerea cu până la 0,2% a valorilor HbA_{1c} la pacienții cu diabet zaharat tip 2
 - Includ reducerea necesarului de medicație

193. Despre aportul alimentar de glucide (carbohidrați) la persoanele cu diabet zaharat sunt adevărate următoarele afirmații:
- Monitorizarea cantității de carbohidrați ingerate este o strategie cheie de obținere a controlului glicemic
 - Persoanele aflate exclusiv sub terapie medicală nutrițională își pot varia liber aportul alimentar de carbohidrați
 - Persoanele aflate sub tratament cu regimuri fixe de insulinoterapie își pot varia liber aportul alimentar de carbohidrați
 - Persoanele aflate sub tratament cu medicații antihiperghlicemice non-insulinice își pot varia liber aportul alimentar de carbohidrați
 - Utilizatorii de pompe de insulină își pot ajusta dozele de insulină prandială în funcție de variațiile aportului alimentar de carbohidrați
194. Evitarea completă a consumului de băuturi alcoolice este recomandată la persoanele care au diabet zaharat și una din următoarele comorbidități:
- Boală cardiovasculară aterosclerotică
 - Neuropatie avansată
 - Pancreatită
 - Hipertrigliceridemie severă
 - Boală hepatică
195. La copiii și adolescenții cu diabet zaharat tip 1, câștigul ponderal suboptimal odată cu înaintarea în vârstă se poate explica prin:
- Control glicemic slab cu hiperghlicemii importante
 - Hipoghlicemii frecvente
 - Malabsorbție indusă de coexistența bolii celiace
 - Supradozarea insulinei
 - Tulburări de comportament alimentar precum diabulimia
196. La femeile gravide cu diabet zaharat:
- Sunt necesare mese de volum mare în număr limitat
 - Sunt necesare mese de volum mic și gustări frecvente
 - O gustare târzie în cursul serii poate reduce riscul de hipoghlicemie nocturnă
 - O gustare târzie în cursul serii poate crește riscul de cetoză nocturnă
 - O gustare târzie în cursul serii poate crește riscul de cetoză matinală
197. La femeile cu diabet gestațional:
- Necesarul minim zilnic de carbohidrați este de 120 g
 - Micul dejun nu trebuie să depășească 30 g de carbohidrați
 - O gustare în cursul serii poate favoriza apariția cetozei în cursul nopții
 - Alăptarea la sân a copilului se va asocia cu un risc crescut de apariție a diabetului zaharat tip 2
 - Câștigul ponderal acceptat pe parcursul sarcinii este similar cu cel de la femeile fără diabet gestațional

198. La persoanele vârstnice cu diabet zaharat:
- Se recomandă diete restrictive
 - Aportul de lichide trebuie redus
 - Malnutriția este frecvent întâlnită
 - Aportul adecvat de lichide ocupă un loc important printre recomandările nutriționale
 - Malnutriția este rar întâlnită
199. Dieta în diabetul zaharat:
- Aportul de colesterol trebuie să reprezinte 7% din calorii
 - Este bazată pe necesitățile metabolice, nutriționale și de stil de viață
 - La pacienții non-obezi se recomandă, în mod obișnuit, o cantitate de proteine de aproximativ 30% din numărul total de calorii
 - Asigură un necesar energetic stabilit similar cu cel din populația generală
 - Deoarece dietele cu glucide în cantitate mică pot încetini progresia nefropatiei, necesarul glucidic trebuie limitat la 0,8 g/kg/zi
200. Despre exercitarea profesiei de dietetician este adevărată următoarea afirmație:
- Pentru a exercita profesia de dietetician cu liberă practică, acesta trebuie să devină membru al CDR
 - Autorizația de liberă practică se eliberează de către instituțiile de învățământ superior care au program de licență acreditat în specializarea nutriție și dietetică
 - Pot exercita profesia de dietetician doar persoanele care dețin o diplomă de masterat în domeniul nutriției și dieteticii (120 de credite)
 - Autorizația de liberă practică se eliberează și se reînnoiește obligatoriu de către CDR, la un interval de minimum 3 ani
 - Exercitarea profesiei de dietetician nu se realizează în forme autonome
201. Membrii Colegiului Dieteticienilor din România au următoarele obligații, cu excepția:
- Să respecte limitele de competență prevăzute de lege, norme, statut și alte reglementări
 - Să fie asigurați pentru răspundere civilă profesională
 - Să realizeze numărul minim de credite de educație medicală continuă
 - Să nu producă prejudicii materiale sau morale Colegiului Dieteticienilor din România, organelor de conducere și membrilor acestuia
 - Să dețină o diplomă de masterat în domeniul nutriției și dieteticii (120 de credite)
202. Potrivit prevederilor Legii nr. 256/2015, Colegiul Dieteticienilor din România:
- Se subordonează autorităților publice și administrative și organismelor profesionale internaționale din domeniul nutriției și dieteticii
 - Se subordonează instituțiilor de învățământ superior care au un program de licență acreditat în specializarea nutriție și dietetică
 - Își exercită atribuțiile în domeniul său de competență în condițiile legii, fără posibilitatea vreunei imixțiuni
 - Este organizație neguvernamentală care își desfășoară activitatea doar la nivel național
 - Toate variantele de mai sus

203. Înscrierea în Colegiul Dieteticienilor din România se face la Colegiul Teritorial:
- În a cărui rază urmează să își desfășoare activitatea solicitantul
 - În a cărui rază își are domiciliul sau reședința solicitantul
 - În care solicitantul a susținut examenul național de dietetician autorizat, indiferent de domiciliu, reședința sau județul în care urmează să își desfășoare activitatea
 - În a cărui rază se află instituția de învățământ superior absolvită, indiferent de domiciliu, reședință sau județul în care urmează să își desfășoare activitatea solicitantul
 - Dintr-un alt județ, atunci când nu există un colegiu în județul pe teritoriul căruia solicitantul urmează să își desfășoare activitatea profesională
204. Sancțiunile disciplinare pe care organele de conducere ale Colegiului Dieteticienilor din România le pot aplica sunt următoarele, cu excepția:
- Mustrarea
 - Avertismentul
 - Suspendarea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România fără retragerea dreptului de exercitare a profesiei pe perioada respectivă
 - Suspendarea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România și informarea Ministerului Sănătății și a angajatorului cu privire la retragerea dreptului de exercitare a profesiei pe perioada respectivă
 - Retragerea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România și informarea Ministerului Sănătății și a angajatorului cu privire la retragerea dreptului de exercitare a profesiei
205. Cu privire la principiile anchetei disciplinare, este falsă următoarea afirmație:
- Consiliul teritorial al Colegiului teritorial aplică retragerea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România
 - Fiecare membru al CDR beneficiază de prezumția de nevinovăție până la soluționarea cauzei
 - Consiliul teritorial al Colegiului teritorial aplică suspendarea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România
 - Contestațiile împotriva hotărârilor consiliului teritorial se adresează Consiliului național al Colegiului Dieteticienilor din România
 - Contestația împotriva hotărârii Consiliului național se poate depune la judecătoria în termen de 30 de zile de la comunicare
206. Sesizările împotriva dieteticienilor:
- Se depun doar personal, la sediul central al Colegiului Dieteticienilor din România
 - Decizia de respingere a sesizării ca inadmisibilă sau tardivă se emite de președintele Colegiului Dieteticienilor din România
 - În cazul persoanelor lipsite de capacitate de exercițiu, sesizarea depusă prin reprezentantul legal va fi respinsă prin decizie a consiliului teritorial
 - Se depun personal, prin mandatar ori pot fi trimise prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire
 - Pot fi făcute doar de persoana vătămată.

207. Referitor la sesizările depuse împotriva dieteticienilor, sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- În cazuri de notorietate organele competente se pot sesiza din oficiu
 - Decizia de respingere a sesizării ca inadmisibilă sau tardivă se comunică petiționarului
 - Cercetarea disciplinară se efectuează în termen de maximum 30 de zile de la înregistrarea sesizării
 - Cercetarea faptei sesizate poate fi realizată doar de organele de cercetare penală abilitate
 - Ancheta disciplinară și procedura de soluționare a plângerii se desfășoară în limba maternă a persoanei vătămate
208. În cazul membrilor Colegiului Dieteticienilor din România, constituie abatere disciplinară:
- Faptele prin care se încalcă drepturile pacientului
 - Îndeplinirea obligațiilor profesionale cu neglijență, nepăsare, în mod repetat
 - Neparticiparea la programele de pregătire profesională și perfecționare, având drept consecință nerealizarea numărului de credite stabilit de Consiliul național
 - Neplata cotizației de membru, pentru o perioadă de peste 3 luni
 - Desfășurarea de activități politice în cadrul CDR sau cu ocazia manifestărilor organizate de acesta
209. În procesul de individualizare a sancțiunii aplicate dieteticianului în urma cercetării disciplinare se va ține seama de următoarele elemente, cu o excepție:
- Împrejurările în care a fost săvârșită fapta
 - Rezultatul imediat și de durată al faptei
 - Modul și mijloacele de săvârșire
 - Doar de rezultatul faptei pe termen lung
 - Atitudinea dieteticianului cercetat pe parcursul desfășurării anchetei
210. În cazul în care nu a intervenit o nouă sancțiune disciplinară, termenele de prescriere pentru sancțiunile disciplinare pronunțate sunt următoarele, cu excepția:
- Mustrea se prescrie în termen de 6 luni de la data săvârșirii faptei
 - Avertismentul se prescrie în termen de 12 luni de la data săvârșirii faptei
 - Avertismentul se prescrie în termen de 12 luni de la data primirii sancțiunii disciplinare
 - Suspendarea se prescrie în termen de 24 de luni de la data expirării perioadei de suspendare
 - Retragerea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România pentru o perioadă limitată se prescrie în termen de 24 de luni de la data expirării perioadei interdicției
211. Pe perioada aplicării unei sancțiuni, membrii Colegiului Dieteticienilor din România:
- Pot exercita profesia de dietetician, dar fără a se intitula dietetician autorizat
 - Nu pot beneficia de drepturile ce decurg din autorizația de liberă practică
 - Au drept de vot
 - Au dreptul de a fi aleși în organele de conducere ale Colegiului Dieteticienilor din România
 - Pot profesia doar sub supervizare

212. Despre sesizarea/plângerea cu privire la săvârșirea unor abateri disciplinare de către persoanele care dețin funcții de conducere, este adevărată afirmația:
- Poate fi anonimă, pentru protejarea dieteticianului care face sesizarea/plângerea
 - Se adresează Biroului Executiv
 - Consiliul Național o înaintează spre soluționare Comisiei superioare de disciplină și arbitraj
 - Sesizarea fără semnătura petiționarului este admisibilă
 - Autosesizarea va fi respinsă ca inadmisibilă
213. Referitor la persoanele care pot beneficia de servicii de nutriție și dietetică oferite de dieteticieni sunt adevărate următoarele afirmații:
- Includ atât persoane sănătoase, cât și bolnave
 - Toate persoanele au acces liber la consilierea și terapia dietetică, conform reglementărilor legislative
 - Interesul și drepturile pacienților/beneficiarilor de servicii de nutriție și dietetică stau la baza deciziilor profesionale ale dieteticianului, în limitele competenței profesionale a acestuia
 - Beneficiază de confidențialitatea datelor privind starea lor de sănătate
 - Niciuna dintre variantele de mai sus
214. Referitor la soluționarea cazurilor de malpraxis, sunt adevărate afirmațiile:
- Analizarea și soluționarea cazurilor de malpraxis se fac de către CDR
 - Analizarea și soluționarea cazurilor de malpraxis se face de către Colegiul Medicilor din România sau de Colegiul Farmaciștilor din România
 - Membrii CDR au obligația de a răspunde pentru cazurile de malpraxis pe care le-au produs
 - Membrii CDR au obligația de a fi asigurați pentru răspundere civilă profesională
 - Toate variantele de mai sus
215. Referitor la Adunarea generală teritorială sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:
- Este formată din toți membrii Colegiului Dieteticienilor din România care își desfășoară activitatea de dietetician pe teritoriul unui colegiu teritorial
 - Alege Președintele Colegiului Dieteticienilor din România
 - Aprobă proiectul bugetului de venituri și cheltuieli și bilanțul contabil ale colegiului teritorial
 - Analizează și aprobă raportul financiar anual al colegiului teritorial
 - Este alcătuită din 6 membri, în cazul colegiilor teritoriale cu un număr de la 41 până la 100 de dieteticieni înscriși
216. Referitor la perioada de practică în nutriție și dietetică necesară pentru obținerea autorizației de liberă practică, este adevărată afirmația:
- Are durată de un an și poate fi realizată și în paralel cu desfășurarea studiilor de licență
 - Are durată de un an și se realizează după finalizarea studiilor de licență
 - Are durată de doi ani și se realizează după finalizarea studiilor de licență
 - Este obligatorie alături de diploma de masterat în domeniul nutriției și dieteticii (120 de credite)
 - Are durată de un an și poate fi echivalată cu stagiile de practică efectuate în timpul studiilor de licență

217. Legea nr. 256/2015 reglementează:
- Activitățile legate de exercitarea profesiei de dietetician
 - Practicile legate de exercitarea profesiei de dietetician
 - Înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Dieteticienilor din România
 - Toate activitățile din domeniul alimentației
 - Toate variantele de mai sus
218. Conform Legii 256/2015, profesia de dietetician:
- Se exercită pe bază de libertate profesională în probleme specifice de nutriție și dietetică a pacienților/beneficiarilor de servicii de nutriție și dietetică
 - Se exercită fără îngrădiri administrative privind prescrierea de măsuri dietetice și de nutriție
 - Se exercită numai de către persoanele care au obținut statutul de dietetician autorizat
 - Este o profesie liberală, în domeniul sănătății umane
 - Poate fi exercitată doar dacă dieteticianul autorizat deține diploma de masterat în domeniul nutriției și dieteticii (120 de credite)
219. Pentru exercitarea profesiei de dietetician, autorizația de liberă practică:
- Se eliberează de CDR
 - Se reînnoiește obligatoriu de către CDR, la un interval de 5 ani
 - Poate fi obținută doar de persoanele care dețin titlu oficial de calificare în nutriție și dietetică, în sensul legii 256/2015
 - Se eliberează la înscrierea în CDR de către Ministerul Sănătății
 - Se eliberează la finalizarea studiilor de licență de către instituțiile de învățământ superior care au un program de licență acreditat în specializarea nutriție și dietetică
220. Despre profesia de dietetician sunt adevărate următoarele:
- Este o profesie liberală, în domeniul sănătății umane, furnizoare de servicii conexe actului medical
 - Are ca principal scop asigurarea unei nutriții echilibrate a individului și colectivităților umane
 - Dieteticianul aplică știința nutriției și dieteticii în alimentația și educația pe teme de alimentație doar pentru persoanele sănătoase
 - Dieteticianul participă la toate programele de sănătate publică ce implică o componentă alimentară;
 - Principiul independenței profesionale conferă dieteticianului dreptul de inițiativă și decizie în exercitarea actului profesional, fără asumarea răspunderii pentru calitatea acestuia.
221. Prin titlu oficial de calificare în nutriție și dietetică se înțelege:
- Diploma de licență în specializarea nutriție și dietetică, eliberată de o instituție de învățământ superior, acreditată în România, pe domeniul sănătate, cu o durată de minimum 3 ani (180 de credite)
 - Adeverință de absolvire a studiilor, eliberată la cererea absolventului, ca urmare a promovării examenului de licență, valabilă până la eliberarea diplomei de licență, dar nu mai mult de 12 luni de la data emiterii
 - Dovada efectuării unui an de practică în domeniul nutriției și dieteticii
 - Diplomă de masterat în domeniul nutriției și dieteticii (120 de credite)
 - Promovarea examenului național de dietetician autorizat

222. Principalele domenii de practică în care activează dieteticianul sunt:
- Dietetician administrativ
 - Cabinet individual de dietetică
 - Societate civilă profesională de dietetică
 - Dietetician pentru sănătate publică sau comunitar
 - Dietetician clinic
223. Despre formele autonome de exercitare a profesiei de dietetician sunt adevărate următoarele:
- Formă autonomă de exercitare a profesiei de dietetician este doar cabinetul individual de dietetică
 - Formele autonome de exercitare a profesiei de dietetician nu pot angaja personal salariat, dar pot încheia contracte de colaborare cu alți dieteticieni
 - Formele autonome de exercitare a profesiei de dietetician pot încheia contracte specifice cu unități medicale
 - Societatea civilă profesională de dietetică este o formă autonomă de exercitare a profesiei de dietetician
 - Colegiul dieteticienilor reprezintă o formă autonomă de exercitare a profesiei de dietetician
224. Atribuțiile Colegiului Dieteticienilor din România sunt următoarele:
- Asigură respectarea cadrului legal și organizatoric pentru exercitarea profesiei de dietetician în condițiile respectării legislației în vigoare, fără funcție de control profesional
 - Instituie un cadru de promovare și dezvoltare a competenței profesionale
 - Reprezintă interesele membrilor săi în fața autorităților publice și administrative
 - Ține evidența dieteticienilor autorizați și, după caz, acordă, certifică, suspendă și retrage dreptul de exercitare a profesiei de dietetician pe teritoriul României
 - Mediază și arbitrează divergențele dintre dieteticienii autorizați, dintre aceștia și formele autonome de exercitare a profesiei, ori dintre formele de exercitare a profesiei
225. Profesia de dietetician se poate exercita în România de către:
- Cetățeni ai statului român
 - Cetățeni ai unui stat membru al Uniunii Europene, al unui stat aparținând Spațiului Economic European sau ai Confederației Elvețiene
 - Soțul unui cetățean român, descendenții și ascendenții în linie directă, doar dacă au cetățenia română
 - Membrii de familie ai unui cetățean al unuia dintre statele membre ale Uniunii Europene, Spațiului Economic European sau a Confederației Elvețiene
 - Cetățenii statelor terțe beneficiari ai statutului de rezident permanent în România
226. Formele autonome de exercitare a profesiei de dietetician sunt:
- Cabinet individual de dietetică
 - Societate civilă profesională de dietetică
 - Adunarea generală națională
 - Biroul executiv
 - Consiliul Național

227. Atribuțiile CDR sunt următoarele, cu excepția:
- Asigură respectarea cadrului legal și organizatoric pentru exercitarea profesiei de dietetician
 - Instituie standarde de calitate a serviciilor profesionale în domeniul dieteticii
 - Instituie norme deontologice în exercitarea profesiei de dietetician
 - Instituie un cadru de promovare și dezvoltare a concurenței profesionale
 - Reprezintă interesele membrilor săi în litigiile cu tertii
228. Profesia de dietetician se exercită în urma obținerii statutului de dietetician autorizat prin îndeplinirea următoarelor condiții:
- Persoanele să aibă capacitate juridică civilă deplină de exercițiu
 - Persoanele să fie apte din punct de vedere medical pentru practicarea profesiei
 - Indiferent de obținerea sau nu a calității de membru al CDR
 - Persoanele să dețină autorizație de liberă practică eliberată de CDR
 - Pe bază de libertate profesională
229. Formele autonome de exercitare a profesiei de dietetician:
- Pot angaja personal salariat
 - Pot încheia contracte de colaborare cu alți dieteticieni
 - Pot încheia contracte specifice cu unități medicale
 - Nu pot încheia contracte cu unități de industrie alimentară
 - Nu pot încheia contracte cu unități de industrie farmaceutică
230. Despre formele de exercitare a profesiei de dietetician cu drept de liberă practică, sunt adevărate următoarele, cu o excepție:
- Dieteticianul administrativ activează în managementul serviciilor și produselor alimentare
 - Dieteticianul clinic activează în managementul serviciilor și produselor alimentare
 - Dieteticienii clinici pot lucra autonom în cabinete individuale
 - Dieteticianul comunitar activează cu rol direct în formularea politicilor de promovare a alegerilor produselor alimentare la nivel de individ/grupuri
 - Dieteticianul clinic activează cu responsabilitatea de a planifica, educa, supraveghea și a evalua un plan de alimentație conceput clinic
231. Membrii Colegiului Dieteticienilor din România au următoarele drepturi, cu o excepție:
- De a primi informații în legătură cu organizarea și funcționarea CDR
 - De a-și exprima opinia cu privire la subiecte în dezbateri în cadrul CDR doar la nivel teritorial
 - De a li se elibera acte doveditoare pentru înscrierea în evidențele oficiale gestionate de CDR
 - De a participa la programe de perfecționare și alte forme de educație medicală continuă
 - De a alege și de a fi aleși în organele reprezentative ale CDR

232. Despre Consiliul Teritorial sunt adevărate următoarele:

- a. Adoptă hotărâri cu majoritate simplă, în prezența a două treimi din numărul membrilor săi
- b. Conduce activitatea Colegiului Teritorial între două reuniuni ale Adunării generale teritoriale
- c. Are 9 membri, pentru un număr de peste 250 de dieteticieni înscriși
- d. Alege președintele Colegiului Teritorial
- e. Ține evidența membrilor Colegiului Teritorial

233. Organele de conducere ale Colegiului Dieteticienilor din România, la nivel național, sunt:

- a. Consiliul național
- b. Biroul executiv
- c. Adunarea generală națională
- d. Președintele Colegiului Dieteticienilor din România
- e. Colegii teritoriale din diverse județe