

QUESTIONARIO DELLA SALUTE

VERIFICA LO STATO DELLA TUA SALUTE

DATA _____

NOME _____ COGNOME _____ ETA' _____

INDIRIZZO _____ CITTA' _____ TELEFONO _____

C.FISCALE _____ E-MAIL _____

Indirizzo Skype se state richiedendo una consulenza a distanza: _____

RISPONDERE ANCHE A DOMANDE DOPPIE. GRAZIE

Le domande sono riferite al tempo presente e non quindi a sintomi passati.**Rispondere senza fare riferimento ad esami o altra documentazione****Elencare in un foglio a parte le proprie abitudini alimentari medie, sia per i pasti che fra i pasti**

SEZIONE CIRCOLAZIONE

Capillari in evidenza? _____

Vene varicose? _____

Flebiti o tromboflebiti? _____

Caviglie gonfie? _____

Ritenzione idrica? _____

Estremità fredde? _____

Emorroidi? _____

Aritmie o tachicardie? _____

Scompenso cardiaco? _____

Pressione alta? Quanto? _____

Pressione bassa? Quanto? _____

Trigliceridi Alti? Quanto _____**Colesterolo alto? quanto** _____

Aterosclerosi? _____

SEZIONE STOMACO - INTESTINO

Acidità di stomaco? _____ Quando durante il giorno (a stomaco vuoto, dopo i pasti)? _____

Dolori di stomaco (sotto lo sterno)? _____ Formazione di gas intestinali? _____

" " quando durante il giorno? _____ se si sono fortemente maleodoranti? _____

Digestione lenta? _____ Nausea? _____ Gorgoglii o rumori addominali? _____

Problemi di reflusso? _____ Ernia iatale? _____ Costipazione? _____ quante volte in bagno _____

Alito non gradevole? _____ Diarrea? _____ per settimana? _____

quanta acqua o liquidi beve ai pasti? _____ Sensazione di evacuazioni incomplete? _____

Masticazione lenta o veloce _____ Sangue nelle feci? _____ muco nelle feci? _____

Gastrite? _____ Prurito anale? _____

Difficoltà a digerire integratori, compresse ecc.? _____ Cibo non digerito nelle feci? _____

Fitte addominali doloranti? _____ durata episodi? _____ quante volte al dì o al mese? _____

Dolori addominali meno intensi? _____ durata episodi? _____ quante volte al dì o al mese? _____

Dolori addominali premendo con le dita da sotto le costole fino alla zona pubica? _____ Dove? _____

Feci troppo dure? _____ Feci liquide? _____ Feci molli sfatte? _____

Se la consistenza delle feci varia esprimere approssimativamente in percentuale la frequenza:

Troppo dure _____% Normali _____% Molli/sfatte _____% Liquide _____%

SEZIONE "DROGHE"

Quante sigarette al dì? _____

Quanti caffè al giorno? _____

In passato quanto fumava? _____

A contatto con sostanze chimiche (ora o nel passato e che sostanze)? _____

Quanti alcolici al giorno? _____ Fa uso di droghe o simili? _____ Specificare: _____

SEZIONE ENERGIA

Rispetto ad altre persone si considera più energetica _____ meno energetica _____ nella media _____

Stanchezza in un periodo particolare del giorno? _____

Quanto esercizio fisico alla settimana? _____ di che tipo? _____

Desiderio eccessivo di dolci, carboidrati o altri alimenti? Specificare _____

SEZIONE FEGATO

Sensibilità eccessiva ad odori o profumi? _____

Nausea? _____ quando? _____

Problemi agli occhi? Quali? _____

Reazioni intense a caffè od alcool? _____

Occhiaie o cerchi agli occhi? _____

Problemi di fegato, quali? _____ Episodi di eruttazioni continue? _____

Allergie a farmaci? _____ Ritenzione idrica _____

Esposizione a sostanze chimiche? _____ Stanchezza dopo i pasti? _____

Disturbi digestivo/intestinali? _____ Difficoltà a digerire cibi grassi? _____

Stanchezza? _____ Bocca amaro o impastata al risveglio? _____ Gonfiore stomaco subito dopo pasti? _____

Depressione? _____ irritabilità? _____ Scarso appetito: _____

Problemi alla pelle (secca, eczemi, prurito ecc.)? _____ A volte feci chiare? _____

SEZIONE SISTEMA IMMUNITARIO

Allergie? _____
intolleranze alimentari? _____
Malattie autoimmuni? _____
Incline a frequenti influenze e/o raffreddori? _____
Infezioni ricorrenti? _____
Nel passato ha fatto spesso uso di antibiotici? _____
Le ghiandole linfatiche al collo, sotto le ascelle e nelle pieghe inguinali sono sensibili al tatto? _____

SEZIONE MALATTIE

DOLORI DI QUALUNQUE TIPO (specificare): _____
Faccia una lista in ordine cronologico di tutte le malattie escluse le classiche dei bambini e le normali affezioni alle vie respiratorie (influenze tosse ecc) su di un foglio separato.

Una lista di operazioni chirurgiche se ne ha avute. _____

MALATTIE ATTUALMENTE PRESENTI:

SEZIONE OSSA

Problemi articolari? _____ Specificare _____
Problemi alle ossa? _____ Specificare _____

SEZIONE PELLE

Problemi di pelle? Quali? _____
suda molto? _____ Unghie fragili? _____ Forfora? _____ Cicatrizzazione lenta (ferite)? _____
Più di due segni bianchi sulle unghie? _____ tendenza a smagliature? _____

SEZIONE VIE RESPIRATORIE

Cararro o rinite appena sveglio? _____
Problemi alle vie respiratorie? Specificare _____
Sinusite? _____

SEZIONE SONNO

Problemi ad addormentarsi? _____ Risvegli notturni? _____ Risveglio mattutino precoce? _____
Quante ore di sonno di media? _____
Al risveglio corrisponde più una sensazione di energia o di stanchezza? _____

SEZIONE TIROIDE

Stanchezza _____	costipazione _____
Estremità fredde _____	colesterolo _____
Cute secca _____	depressione _____
Problemi mestruali o di menopausa _____	ritenzione idrica _____
Pigrizia _____ letargia _____	problemi di glicemia/ diabete _____
Digestione lenta _____	infezioni ricorrenti _____
Problemi di TIROIDE? _____	stress da 1 a 10 _____
	metalli tossici _____

SEZIONE GS

Passando da posizione sdraiata a posizione eretta rapidamente le capita a volte un leggera sensazione di svenimento? _____
Difficoltà ad addormentarsi? _____ o risvegli notturni? _____ sonno poco rilassante? _____
Cali di energia durante la giornata? _____ nervosismo o irritabilità _____
Forte desiderio per dolci/zuccheri? _____ o per cibi salati? _____
Lento recupero da intenso esercizio fisico? _____
suda molto raramente? _____

Tende a mangiare molti carboidrati (pane pasta pizza merendine ecc)? _____ Fame nervosa? _____
Arriva ai pasti con forte appetito? _____ Mangia in eccesso fuori dai pasti? _____ durante i pasti? _____

SEZIONE UMORE

E' mai soggetto ad irritabilità? _____ depressione? _____ ansia? _____ altro? _____
Se si specificare la frequenza e se ci sono fattori scatenanti. _____
Si considera sotto stress? _____ Mal di testa? _____ Quando va in vacanza, passa? _____
Quante ore al giorno lavora? _____ Che tipo di mal di testa? _____
Problemi di memoria? _____ Che tipo di lavoro svolge? _____
Prestazioni mentali indebolite (concentrazione, attenzione, memoria, prontezza ecc.)? _____

SEZIONE APPARATO URINARIO

Problemi di minzione? Cistiti frequenti? _____ sporadiche ? _____

Recenti cambiamenti di: colore o frequenza o quantità delle urine? _____ Specificare: _____

Problemi all'apparato urogenitale? _____ cosa? _____

SEZIONE GINECOLOGIA (solo per donne)

Problemi ginecologici? Quali? _____ Sintomi menopausa? _____

Problemi di mestruazioni?specificare _____ Nr. di gravidanze? _____

Prurito vaginale ? _____ secchezza vaginale? _____ perdite? _____

Mai avuto infezione da candida? _____ quante volte? _____ Quando l'ultimo episodio? _____

SEZIONE DENTI

Ha o ha avuto più di 4 otturazioni metalliche per un periodo di anni nella sua vita? _____ per quanti anni? _____

Ha dei lavori dentali incompleti? Quali? (usi un altro foglio per specificare) _____

Le gengive le sanguinano quando lava i denti? _____

Ha delle infiammazioni gengivali? _____ Ha delle infiammazioni o probelmi in bocca? _____

Se si specificare a parte tutti i dettagli. Qualunque altro problema ai denti o in bocca? Specificare a parte.

SEZIONE FARMACI Lista dei Farmaci che si assumono attualmente specificando a cosa servono:

inclusa la pillola contraccettiva o altri ormoni _____

SEZIONE X2 Lista dei Farmaci presi nell'arco della vita specificando a cosa servono:

inclusa la pillola contraccettiva o altri ormoni _____

SEZIONE X3 Lista degli integratori naturali ed erboristici che si assumono attualmente:

Sensibilità o reazioni negativi a prodotti naturali (minerali, vitamine, erbe ecc.) ? _____

PESO: _____ **ALTEZZA:** _____

SEZIONE FINALE 1

Specificare chiaramente ed in ordine di priorità, quali miglioramenti si desiderano ottenere riguardo alla propria salute o alla propria linea:

SEZIONE FINALE 2:elenchi altri problemi e fattori rilevanti per la sua salute che non sono stati presi in considerazioni dalle domande di questo questionario:

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite ai sensi del D.Lgs. 196/2003, l'interessato: presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per il solo fine di essere aiutato nel raggiungere una condizione fisica migliore e per nessun altro scopo. Sono inoltre consapevole che se richiederò una consulenza basata su tale questionario, essa sarà esclusivamente una consulenza naturopatica non medica con consigli su integrazione, stile di vita ed alimentazione.

NomeCognomeFirma leggibile

www.naturopatiaprofessionale.net
mbn@teletu.it

Fax : 1782218701

Naturopata
Maurizio Bertucci
Tel: 335-7926742

mbn@teletu.it

