

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare  
3 giorni prima della visita)



# EQUILIBRIO

CLAIRE SAMBOLINO Nutrition MSc

## INFORMAZIONE PERSONALE

NOME & COGNOME	
INDIRIZZO	
TELEFONO (FISSO)	
CELLULARE	
EMAIL	
DATA DI NASCITA	
SESSO	
ALTEZZA (CM)	
PESO (KG)	
BODY MASS INDEX (BMI)	

visit <http://www.nhs.uk/tools/pages/healthyweightcalculator.aspx>

## FAMIGLIA & VITA PROFESSIONALE

OCCUPAZIONE	
STATO CIVILE	
NUMERO DI BAMBINI O PERSONE A CARICO	
UNITÁ FAMILIARE IN TOTALE	
LEI É IL PRINCIPALE ACQUIRENTE DI CIBO?	
LEI É CUOCO PRINCIPALE DELLA FAMIGLIA?	
HA AUTONOMIA SULLA TUA DIETA?	



## DICHIARAZIONE:

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003:

Nome Leggibile:.....

Data:.....

Firma:.....

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)



## RAGIONE / I PER RICERCA DIETETICA E SUPPORTO NUTRIZIONALE

Descriva i suoi obiettivi di salute e i motivi

## HA RICEVUTO QUALCHE CONSIGLIO NUTRIZIONALE NEL PASSATO?

Descriva tutte le attuali e precedenti terapie e risultati

## USA ATTUALMENTE INTEGRATORI ALIMENTARI?

Descriva i prodotti e motivi dell'assunzione (compresi marchi, dosi e frequenza)

## DESCRIVA QUALI ALIMENTI HA MANGIATO NELLE ULTIME 24 ORE

Si prega di fornire una breve descrizione degli ultimi pasti dell'intero giorno (un diario alimentare è incluso più avanti nel questionario da compilare)

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

## APPETITO & ABITUDINI

APPETITO BUONO	APPETITO SCARSO	VOGLIA DI CIBI ZUCCHERATI
PIACERE CUCINARE	NON CUCINA	MANGIA QUANDO NERVOSO
BISOGNO DI MANGIARE OGNI 3 ORE O MENO	SCHIZZINOSO	MANGIA IN GIRO

## CI SONO CIBI CHE EVENTUALMENTE EVITATE?

(Per scelta personale o motivi culturali / religiosi / etici)

## CI SONO CIBI CHE TROVEREBBE DIFFICILE ABBANDONARE?

## CI SONO CIBI CHE NON LE PIACCIONO E CHE FAREBBE FATICA AD AVERE INCLUSI NELLA DIETA?

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

## SALUTE PERSONALE

Elenca tutti i problemi di salute significativi che ha riscontrato nel corso della sua vita.

PROBLEMA	DURATA	TERAPIA (farmaci, integratori o terapie alternative)

## SALUTE DELLA FAMIGLIA

C'è una predisposizione a problemi di salute o di malattia nella tua famiglia?

Il completamento di questa sezione consente al Nutrizionista di comprendere i problemi di salute nel contesto più ampio della storia familiare.

MEMBRO DELLA FAMIGLIA	SI/ NO	DESCRIZIONE DEL PROBLEMA
NONNO MATERNO		
NONNA MATERNO		
NONNO PATERNO		
NONNA PATERNO		
PADRE		
MADRE		
FRATELLI		
SORELLE		
FIGLI		
FIGLIE		

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

## CONDIZIONI MEDICHE E FARMACI (IN DETTAGLIO)

Questa sezione aiuta a fornire maggiori dettagli sulle condizioni diagnosticate, i farmaci, l'uso di integratori e altre terapie che si sta attualmente seguendo o ha utilizzato in precedenza.

<b>CORRENTI</b> CONDIZIONI DIAGNOSTICATE CLINICAMENTE	ANNO DIAGNOSTICATO	DURATA
FARMACI <b>CORRENTI</b> (INCLUSI PRESCRITTI E SENZA PRESCRIZIONE MEDICA)	DOSE E FREQUENZA	DURATA
<b>PRECEDENTI</b> CONDIZIONI CLINICAMENTE DIAGNOSTICATE (ESCLUSI RAFFREDDORI E INFLUENZA)	ANNO DIAGNOSTICATO	DURATA E STATUS (IN CORSO O RISOLTO)
<b>PRECEDENTI</b> TRATTAMENTI E TERAPIE	DOSE E FREQUENZA	DURATA E STATUS (IN CORSO O RISOLTO)

## SINTOMI NON SPIEGATI

Indicare se si ha sintomi inspiegabili che potrebbero richiedere un rinvio ad un medico (Ciò può includere: dolore / ecchimosi / eruzione inspiegabile, sanguinamento inspiegabile nelle feci / urine / vomito, vertigini, visione offuscata, intorpidimento, noduli e gonfiori, inspiegabili scariche, sete eccessiva / aumento di peso / perdita di peso, mal di testa, tosse persistente, disturbi del linguaggio, mancanza di respiro, paralisi)

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

## SINTOMI

SI PREGA DI **SEGNALARE** TUTTI I SINTOMI APPROPRIATI

Questa sezione aiuta a identificare le aree di possibile squilibrio funzionale da parte del sistema corporeo.

SINTOMI DIGESTIVO		
Indigestione	Vomito	Perdita di appetito
Reflusso acido	Piaghe alla bocca	Difficoltà a deglutire
Pienezza dopo aver mangiato	Crampi allo stomaco	Mangia in movimento
Gonfiore	Flatulenza	Mangia veloce
Nausea	Dolore sotto la gabbia toracica destra	Mangia quando nervoso
Difficoltà di digestione		Brucciore di stomaco
SISTEMA URINARIO		
Minzione frequente	Incontinenza	Infezioni urinarie
Urgenza urinaria	Urina scura / maleodorante	Sangue nelle urine
ANDARE DI CORPO		
Stitichezza	Sangue negli feci	Irritazione anale
Eliminazione infrequente	Muco nelle feci	Emorroidi
Diarrea	Feci maleodoranti	Feci pallide
PELLE		
Pelle secca	Eczema	Pizzicore
Acne	Dermatite	Rossore / vampate di calore
Psoriasi	Forfora	Cerchi scuri sotto gli occhi
Eruzioni cutanee	Cambiamento dei nei	
CAPPELLI / UNGHIE		
Capelli secchi e fragili	Stempiatura	Eccesso di peli sul corpo
Capelli che si assottigliano	Peli che si assottigliano	Unghie fragili
SCHELETRICO		
Dolore alle articolazioni o rigidità	Dolore muscolare o rigidità	Debolezza muscolare
Osteoporosi	Ossa fragili	Fratture
UMORE		
Ansia / tensione	Depressione	Stress
Rabbia	Facilmente provocato	Frustrazione
Passività	Irritabile	

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

SI PREGA DI **SEGNALARE** TUTTI I SINTOMI APPROPRIATI

PESO		
Incapacità di ingrassare	Incapacità di perdere peso	Il peso fluttua
Ritenzione idrica	Peso addominale	Peso sui fianchi e sulle cosce
Aumento di peso inspiegabile	Perdita di peso inspiegabile	

ENERGIA		
Meglio la mattina	Esaurimento	Iperattività
Meglio la sera	Fatica	Letargico
Difficoltà ad dormire	Sentirsi stanco tutto il tempo	Bassa energia
Difficoltà ad alzarsi	Energia fluttuante	

DA COMPILARE SE SEI DONNA		
Incinta	Prende HRT	Periodi pesanti inspiegabili
Allattamento al seno	Entrata nella menopausa	Perdita di periodi inspiegabile
Pillola contraccettiva	Pianifica di avere un bambino	Scarico dalla vagina
IUD / impianto / iniezione	Trattamento dell'infertilità	Sanguinamento dalla vagina
Mestruazioni	Età del primo ciclo .....	Perimenopausa
Controlli regolari	Età del ultimo ciclo.....	Iper tiroidismo
Queste domande sono principalmente rivolte alle donne e aiutano il nutrizionista a valutare i collegamenti ormonali e del sistema nervoso, cioè il modo in cui il corpo comunica		Ipotiroidei

DA COMPILARE SE SEI UOMO		
Acne	Impotenza	Scarsa memoria
Flusso o frequenza delle urine alterati	Infertilità	Sudorazione diminuita
Depressione	Basso numero di spermatozoi	Sudorazione eccessiva
Capelli ruvidi	Bassa motilità degli spermatozoi	Prostatite
Perdita di capelli	Bassa energia	Mal di testa
Pelle secca	Umore basso	Contatto con prodotti chimici
Estremità fredde	Poca concentrazione	Gonfiore al collo / gozzo

**SINTOMI AGGIUNTIVI** Si prega di elencare eventuali sintomi aggiuntivi non espressamente menzionati sopra

---

---

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

## SINTOMI

SI PREGA DI **SEGNALARE** TUTTI I SINTOMI APPROPRIATI

Questa sezione aiuta a identificare possibili fattori di stress nella tua vita e la relazione con l'equilibrio della glicemia e della ghiandola surrenale.

STRESSORS		
Nuovo lavoro	Infelice a casa	Facilmente irritabile
Infelice al lavoro	Sposato di recente	Facilmente irritato
Ore stressanti	Nuovi genitori	Facilmente soddisfatto
Viaggio frequente	Recentemente separati	Esercizio eccessivo
Competitivo	Recentemente in lutto	Infortunio fisico
Promosso al lavoro	Trasloco	Malattia fisica
Multitasking	Preoccupazioni finanziarie	Sbalzi d'umore
In pensione	Preoccupazioni legali	Voglie di cibo
Rischio di licenziamento		Dipendenze

## ALLERGIE

Si prega di elencare tutte le allergie note / sospette, comprese allergie e intolleranze alimentari (per esempio: febbre da fieno, polvere, nichel, detersivi, alimenti specifici / gruppi di alimenti)

## ALLENAMENTO

Si allena? Se sì, quali attività fa e per quale durata / quanto tempo?	Quante volte alla settimana?
--	------------------------------

## RELAX

Cosa le piace fare per rilassarsi e quanto spesso fa questa attività?



# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

## THREE-DAY FOOD DIARY

Si prega di elencare tutto ciò che si è consumato, compresi cibo, bevande e spuntini tra i pasti per un periodo di 3 giorni. Si prega di provare a non modificare ciò che si mangia durante questo periodo in quanto è più utile avere un'immagine precisa di ciò che si consuma in genere.

GIORNO 1	Quantità (stima, peso, dimensione della porzione es. Cucchiaino, cucchiaio, grammi, manciata)	
	COLAZIONE:	
	PRANZO:	
	CENA:	
	SPUNTINI:	
	BEVANDE:	

GIORNO 2	Quantità (stima, peso, dimensione della porzione es. Cucchiaino, cucchiaio, grammi, manciata)	
	COLAZIONE:	
	PRANZO:	
	CENA:	
	SPUNTINI:	
	BEVANDE:	

GIORNO 3	Quantità (stima, peso, dimensione della porzione es. Cucchiaino, cucchiaio, grammi, manciata)	
	COLAZIONE:	
	PRANZO:	
	CENA:	
	SPUNTINI:	
	BEVANDE:	

# MODULO DI SALUTE

(Da completare e consegnare 3 giorni prima della visita)

## SYMPTOMS DIARY

Per favore usa questo spazio per descrivere con parole tue come si è sentito nell'ultima settimana, se qualcosa è cambiato (nel bene o nel male) e quale, se del caso, l'impatto ha avuto sulla sua routine e umore quotidiano.

COME MI SONO SENTITO NELLE ULTIME 48 ORE	IMPATTO SULLA MIA ROUTINE E UMORE

## MYMOP (Misura il tuo profilo di outcome medico) - Da completare insieme durante la consultazione

MYMOP è uno strumento utile per monitorare i sintomi tra una visita e l'altra e può essere utile per il tracciamento progredire e apportare modifiche alle raccomandazioni dietetiche e di stile di vita.

1. Scegli uno o due sintomi (fisici o mentali) che ti infastidiscono di più. Considera la gravità di ogni sintomo, nell'ultima settimana, e segna quanto influisce per te da 0 (poco) a 6 (tanto).

SINTOMO 1	0	1	2	3	4	5	6
-----------	---	---	---	---	---	---	---

SINTOMO 2	0	1	2	3	4	5	6
-----------	---	---	---	---	---	---	---

2. Scegli un'attività (fisica, sociale o mentale) che è importante per te e che il tuo problema rende difficile o ti impedisce di svolgerla. Segna quanto influisce per te da 0 (poco) a 6 (tanto).

ACTIVITY	0	1	2	3	4	5	6
----------	---	---	---	---	---	---	---

3. Infine, come giudicheresti la tua sensazione generale di benessere durante l'ultima settimana?

	0	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---	---

4. Da quanto tempo hai il sintomo 1, sempre o solo di tanto in tanto?

0-4 SETTIMANE	4-12 SETTIMANE	3 MESI - 1 ANNO	1 - 5 ANNI	DA OLTRE 5 ANNI
---------------	----------------	-----------------	------------	-----------------

5. Stai prendendo qualche farmaco per questo problema?

SI	NO
----	----