

ANAMNESI ALIMENTARE

Sig./Sig.ra: _____



Questo questionario ha l'utilità di evidenziare le problematiche personali e la motivazione per cui ha richiesto una consulenza nutrizionale. Risulta perciò di fondamentale importanza che venga compilato in ogni sua parte, al fine di poter inquadrare lo stato psico-fisico della persona.

Il questionario potrà essere consegnato di persona al Dott. A. Paggi al momento della consulenza nutrizionale, o tramite e-mail all'indirizzo:

alessio.paggi@gmail.com

*Dott. Alessio Paggi
Biologo Nutrizionista*

Tel.: 349 7323495 ; e-mail: alessio.paggi@gmail.com

Sito: www.alessiopaggi.it

ANAMNESI SINTOMATOLOGICA

Sig./Sig.ra: _____

Compilare la seguente tabella in ogni suo punto:

TIPO DI DIDISTURBO	SITUAZIONE ATTUALE			
	Data: __ / __ / ____			
cefalea	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
astenia	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
rinite	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
eczema	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
acne	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
prurito	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
nausea	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
meteorismo	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
aerofagia	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
coliche intestinali	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
diarrea	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
stipsi	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
cistiti	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
candidosi	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
gastrite	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
Dolori muscolo- scheletrici	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
Stanchezza cronica	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.
Altro:	<input type="checkbox"/> MAI/RARO	<input type="checkbox"/> MODERATO	<input type="checkbox"/> FREQUENTE	<input type="checkbox"/> MOLTO FREQ.

Dott. Alessio Paggi

Biologo Nutrizionista

Tel.: 349 7323495 ; e-mail: alessio.paggi@gmail.com

Sito: www.alessiopaggi.it

ANAMNESI PATOLOGICA

Compilare la seguente tabella contrassegnando solo se le sono state diagnosticate alcune fra queste patologie dal suo Medico curante o da altro Medico specialista:

PATOLOGIA	✓
diabete tipo 1 o tipo 2	<input type="checkbox"/>
celiachia	<input type="checkbox"/>
alterata glicemia a digiuno	<input type="checkbox"/>
dislipidemia (colest. o trigl. alti)	<input type="checkbox"/>
ipertiroidismo	<input type="checkbox"/>
ipotiroidismo	<input type="checkbox"/>
cardiopatìa	<input type="checkbox"/>
cardiopatìa con anticoagulanti orali	<input type="checkbox"/>
ipertensione	<input type="checkbox"/>
ipotensione	<input type="checkbox"/>
Calcoli alla cistifellea	<input type="checkbox"/>
diverticolite	<input type="checkbox"/>
epatite	<input type="checkbox"/>
ernia iatale o gastrite con reflusso	<input type="checkbox"/>
morbo di Crohn	<input type="checkbox"/>
sindrome del colon irritabile	<input type="checkbox"/>
Steatosi epatica	<input type="checkbox"/>
gotta	<input type="checkbox"/>
iperuricemia	<input type="checkbox"/>
anemia	<input type="checkbox"/>
Cistite o candidosi	<input type="checkbox"/>
depressione	<input type="checkbox"/>
psoriasi	<input type="checkbox"/>
Insufficienza venosa	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>
Cancro: _____	<input type="checkbox"/>
Altro: _____	<input type="checkbox"/>


Dott. Alessio Paggi

Biologo Nutrizionista

Tel.: 349 7323495 ; e-mail: alessio.paggi@gmail.com

Sito: www.alessiopaggi.it

ANAMNESI ALIMENTARE

1. Compilare la seguente tabella, inserendo una  per gli alimenti a lei graditi ed una **X** per i cibi non abitualmente consumati per gusto e/o reazione avversa.

<u>ALIMENTO</u>	<u>CONSUMO</u>	<u>ALIMENTO</u>	<u>CONSUMO</u>
Caffè		Carne fresca	
Zucchero		Carne conservata (bresaola, arrosto di tacchino, prosciutto crudo/cotto, speack)	
Pesce fresco		Uova	
Pesce conservato (tonno o sgombro sott'olio/al naturale, salmone affumicato, ecc.)		Pasta, riso, orzo, farro, ecc.	
Formaggi		Pane	
Latte		Pizza	
Yogurt		Minestre	
Frutta		Verdura	
Altro: _____		Altro: _____	

2. Compilare la seguente tabella per almeno 2 giorni.

GIORNO: ___ / ___		COME MI SENTO (SINTOMI E UMORE)	CIBI DI CUI HO VOGLIA
COLAZIONE			
SPUNTINO			
PRANZO			
SPUNTINO			
CENA			
POST-CENA			

GIORNO: ___ / ___	COSA HO MANGIATO	COME MI SENTO (SINTOMI E UMORE)	CIBI DI CUI HO VOGLIA
COLAZIONE			
SPUNTINO			
PRANZO			
SPUNTINO			
CENA			
POST-CENA			