



INDAGINE ALIMENTARE E DEL SISTEMA NEUROVEGETATIVO

COGNOME/NOME _____ ID _____ DATA ____/____/____
 SESSO: M F - DATA di NASCITA ____/____/____ ANNI ____ Consenso Informato: Si No
 INDIRIZZO RESIDENZA _____
 NAZIONALITA' ____ TELEFONI _____ MEDICO CURANTE _____

DATI ANTROPOMETRICI E PSICO-COSTITUZIONALI DEL PAZIENTE

(Apporre una X sui quadratini delle risposte delle varie Caratteristiche presentate solo se sicuri dell'effettiva corrispondenza altrimenti è meglio saltare la riga)

ALTEZZA: cm _____ PESO: Kg ____ Frequenza Cardiaca Basale (a riposo): ____ Pressione Arteriosa Sis. ____ Dia. ____

CIRCONFERENZA: Vita (altezza ombelico): cm _____ Fianchi (altezza creste iliache): cm _____ Polso: cm _____

MORFOLOGIA CORPOREA: Brevil.Astenico⁽¹⁾ Brevil.Stenico⁽²⁾ Normolineo⁽³⁾ Longil.Stenico⁽⁴⁾ Longil.Astenico⁽⁵⁾

MORFOLOGIA VOLTO: Carbonico⁽¹⁾ Sulfurico⁽²⁾ Muriatico⁽³⁾ Fosforico⁽⁴⁾ Fluorico⁽⁵⁾

CARATTERI DEL VOLTO: Atonico Roseo⁽¹⁾ Tonico Rubicondo⁽²⁾ Tonico Roseo⁽³⁾ Tonico-Pallido⁽⁴⁾ Atonico-Pallido⁽⁵⁾

ALTEZZA COLLO: Corto e Largo (Taurino)⁽¹⁾ Corto affusolato⁽²⁾ Proporzionato⁽³⁾ Lungo (a Giraffa)⁽⁴⁾ Lungo affusolato⁽⁵⁾

COLORE OCCHI: MARRONE-CHIARO⁽¹⁾ MARRONE-SCURO⁽²⁾ BLU-GRIGIO⁽³⁾ AZZURRO⁽⁴⁾ VERDE⁽⁵⁾

ANGOLO Braccio-Avambraccio: Molto Acuto (<<180°)⁽¹⁾ Acuto<180°⁽²⁾ Quasi Piano (180°)⁽³⁾ Piano(180°)⁽⁴⁾ Ottuso>180°⁽⁵⁾

CIRCONFERENZA POLSO: Tozzo(>20cm)⁽¹⁾ Massiccio(18-20cm)⁽²⁾ Medio(16-18cm)⁽³⁾ Piccolo(<16cm)⁽⁴⁾ Dismorfico(<16cm)⁽⁵⁾

MORFOLOGIA MANO: Quadrata⁽¹⁾ Rettangolare⁽²⁾ Mista⁽³⁾ Allung.dita sottili⁽⁴⁾ Allung.dita dismorfiche⁽⁵⁾

FISIOLOGIA CUTE: Fredda/Umida⁽¹⁾ Calda/Umida⁽²⁾ Tiepida/Setosa⁽³⁾ Calda/Asciutta⁽⁴⁾ Fredda/Asciutta⁽⁵⁾

DEPOSITI ADIPOSI: Addome⁽¹⁾ Glutei-Fianchi⁽²⁾ Normodistribuiti⁽³⁾ Coscie/Braccia⁽⁴⁾ Collo/Dorso⁽⁵⁾

PSICOTIPOLOGIA: Sottomessa⁽¹⁾ Rigida⁽²⁾ Dominante⁽³⁾ Cerebrale⁽⁴⁾ Dipendente⁽⁵⁾

RELAZIONE: Accondiscendente⁽¹⁾ Altruista⁽²⁾ Reciprocità⁽³⁾ Dinamicità⁽⁴⁾ Egocentrismo⁽⁵⁾

TEMPERAMENTO: Razionale⁽¹⁾ Passionale⁽²⁾ Equilibrato⁽³⁾ Istintivo⁽⁴⁾ Sentimentale⁽⁵⁾

Quoziente PSP <1 Ottimo 1-5 Buono >5-10 Sufficiente >10 Insufficiente	Priorità intervento per il Riequilibrio Neuro-Vegetativo	Neuro- Psicologico	Endocrino- Immunitario	Metabolico- Organico	Equilibrio (0-10) Neuro- Vegetativo	<4 Insufficiente >4-6 Sufficiente >6-8 Buono > 8 Ottimo
	CARBONICO	SULFURICO	MURIATICO	FOSFORICO	FLUORICO	Accuratezza Test:
COSTITUZIONE						Attendibilità Test:

Per valutare la curva metabolica è importante conoscere quali sono i cibi normalmente mangiati e a che ora gli stessi vengono assunti:

- Contrassegni con una "X" l'ora in cui si svolge ciascun pasto: COLAZIONE, SPUNTINO, PRANZO, SPUNTINO, CENA, SPUNTINO.
- Indichi poi quello che potrebbe essere una giornata tipo segnando il tipo di alimentazione normalmente assunta ed in che momento della giornata.

ORARIO PASTI Cibi assunti più frequentemente

COLAZIONE : _____
5|6|7|8|9

SPUNTINO : _____
8|9|10|11

PRANZO : _____
11|12|13|14

SPUNTINO : _____
15|16|17|18

CENA : _____
18|19|20|21

SPUNTINO : _____
20|21|22|23

» **QUANTA ACQUA BEVE AL GIORNO? (solo acqua non altre bevande!!)**

meno di ½ litro; tra ½ litro e 1 litro; tra 1 litro e 1 litro e ½; più di 1 litro e ½ più di 2 litri

» **Fa uso continuativo o ripetuto di farmaci tipo:**

non uso farmaci cortisonici/antinfiamm. antistaminici ormonali antidepressivi ansiolitici antipertensivi antidiabete

Motivare l'uso del farmaco: _____

» Sta eseguendo ha eseguito cicli di: Radioterapia Chemioterapia Chemio-Radioterapia

» Fa uso di integratori? Se si descriva quali. _____

Ha malattie in corso? Se si descriva quali. _____

Eventuali Interventi Chirurgici effettuati per Neoplasie:

Sede: _____
 Nessun intervento
 Radicale Parziale
 Palliativo Biopsia

Sta eseguendo trattamenti terapeutici? SI NO

Se si descriva quali _____

Pratica attività sportiva? no; scarsa; moderata; intensa;

Che sport? _____

E' fumatore? no; si; se si quanto? _____

Parte in rosso riservata alle donne in età fertile:

Il precedente ciclo mestruale è stato regolare per durata? SI NO Se NO, vi sono anticipi di ____ giorni, o ritardi di ____ giorni

La scorsa mestruazione è stata: Indolore Dolorosa solo all'inizio Saltuariamente dolorosa Costantemente dolorosa

La mestruazione le ha impedito di vivere una vita tutto sommato normale? SI NO Se SI per quanti giorni? _____

È stata costretta a stare a letto, almeno per alcune ore, per il forte dolore? SI NO Se SI per quanti giorni? _____

È stata costretta, per sopportare il dolore, a prendere qualche medicina? SI NO Se SI per quanti giorni? _____

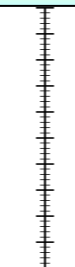
Se SI quale tipo di farmaco ha utilizzato? _____ In che dosaggio? _____

Il dolore si è presentato: Continuo Tipo crampi Diffuso a tutto l'addome Localizzato in un punto particolare

Il tono dell'umore è stato: Sereno Altalenante Spossante Apatico Depresso Esasperante Disastroso

Per aiutarla ad esprimere il livello di percezione del dolore, abbiamo disegnato una scala graduata (simile ad un termometro) su cui è contrassegnato in alto il suo "massimo livello di dolore sopportabile" ed in basso "l'assenza completa di dolore": indichi sulla scala qual'è secondo lei il livello di percezione del proprio dolore, apponendo una X sulla scala sul punto corrispondente al suo sentire.

Massimo Dolore



Nessun Dolore

Valutazione del Sistema P.N.E.I.M. (Psico-Neuro-Endocrino-Immuno-Metabolico)

Indichi con una X negli spazi bianchi della tabella sottostante i sintomi di cui ha sofferto negli ultimi 6 mesi o di cui sta ancora soffrendo:

VALUTAZIONE GLOBALE DELLO STATO DI SALUTE				REALE	EQ-5D (Euro QOL-5D)	PERCEPITO
Ansia-Tensione	Deficit di Performance	Insonnia-Risvegli Ripetuti	Acne-Allergie	Stanchezza Gen.-Astenia		
Depressione	Difficoltà Concentrazione	Difficoltà Addormentarsi	Dermatiti-Psoriasi	Algie Osteo-Muscolari		
Irritabilità-Rabbia	Disfunzioni Sessuali	Risvegli Anticipati	Patologie reumatiche	Gambe Gonfe-Ritenzione		
Aggressività	Assenza scuola-lavoro	Gonfiore-Spasmi addom.	Patolog. Autoimmuni	↑o↓ significative di peso		
Sonnolenza diurna	Uso di eccitanti	Intolleranza glucidica	↓ Difese Immunitarie	Stitichezza-Diarrea		
Irrequietezza	Compulsione per il cibo	Cefalee-Nausea-Vertigini	Intolleranze Alimenti	Palpitazioni-Eretismo		

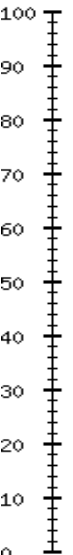
» Indichi quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo stato di salute oggi segnando con una crocetta (così) una sola casella di ciascuno dei cinque gruppi:

- Capacità di Movimento:** Non ho difficoltà nel camminare
 Ho qualche difficoltà nel camminare
 Sono costretto/a a letto
- Cura della Persona:** Non ho difficoltà nel prendermi cura di me stesso
 Ho qualche difficoltà nel lavarmi o vestirmi
 Non sono in grado di lavarmi o vestirmi
- Attività Abituale (per es. lavoro studio, lavori domestici, attività familiari o svago):**
 Non ho difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
 Ho qualche difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
 Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali
- Dolore o Fastidio:** Non provo alcun dolore o fastidio
 Provo dolore o fastidio moderati
 Provo estremo dolore o fastidio
- Ansia o Depressione:** Non sono ansioso o depresso
 Sono moderatamente ansioso o depresso
 Sono estremamente ansioso o depresso

Maggiore stato di salute immaginabile

Per aiutarla ad esprimere il suo stato di salute attuale, abbiamo disegnato una scala graduata (simile ad un termometro) su cui è contrassegnato in alto dal numero 100 il suo "maggior stato di salute immaginabile" ed in basso dal numero 0 il "peggiore": indichi sulla scala qual'è, secondo lei, oggi, il livello della sua salute, apponendo una X sulla scala sul punto corrispondente.

Peggior stato di salute immaginabile



SINTOMI VAGHI ED ASPECIFICI (M.U.S.) Medically Unexplained Symptoms	TOTALE AREA PN =	TOTALE AREA EI =	TOTALE AREA MO =
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

- | | | | |
|--|----|----|-----|
| Sente da tempo una sensazione di stanchezza generale? _____ | SI | NO | (M) |
| Percepisce aumenti del battito cardiaco a riposo o soffre di ipertensione o di ipotensione? _____ | SI | NO | (M) |
| Ha difficoltà di concentrazione? _____ | SI | NO | (P) |
| Soffre di attacchi di panico? _____ | SI | NO | (P) |
| Ha da tempo crisi di pianto e/o stati d'ansia e/o depressione, frustrazione? _____ | SI | NO | (P) |
| Soffre da tempo di sonnolenza persistente durante la giornata? _____ | SI | NO | (P) |
| Soffre di insonnia o di risvegli notturni? _____ | SI | NO | (E) |
| Ha notato alterazioni dell'apparato muscolo-scheletrico (perdita di forza o motilità, dolori osteoarticolari, ecc.)? _____ | SI | NO | (M) |
| Soffre di disturbi funzionali gastro-intestinali (acidità, senso di pienezza, gonfiore, nausea, stipsi, colon irritabile)? _____ | SI | NO | (M) |
| Soffre di disturbi ormonali e/o di disfunzioni funzionali tiroidee? _____ | SI | NO | (E) |
| Ha notato variazioni (calo o aumento) del peso corporeo non associabile a modificazioni dell'alimentazione? _____ | SI | NO | (M) |
| Ha notato un certo abbassamento delle difese immunitarie con maggiore vulnerabilità alle malattie? _____ | SI | NO | (E) |
| Soffre di cefalee? _____ | SI | NO | (E) |
| Soffre di problemi di tipo dermatologico? _____ | SI | NO | (E) |
| Soffre di disturbi della sfera sessuale? _____ | SI | NO | (P) |

	ASSENTE	S. D. S. (Self-rating Depression Scale di Zung)	FORTE	
	LIEVE		PATOLOGICA	

ISTRUZIONI: rispondere alle seguenti domande il più rapidamente possibile, cercando una sola delle quattro risposte sotto indicate, ognuna delle quali viene rappresentata da una lettera: A = Mai o raramente B = Qualche volta C = Spesso D = Quasi sempre o sempre

- | | | | | |
|--|---|---|---|----|
| 1. Mi sento depresso e triste | A | B | C | D |
| 2. È al mattino che mi sento meglio | A | B | C | D- |
| 3. Mi viene da piangere o mi sento come se ne avessi voglia | A | B | C | D |
| 4. Ho difficoltà ad addormentarmi | A | B | C | D |
| 5. Mangio come prima | A | B | C | D- |
| 6. Il sesso mi interessa come prima | A | B | C | D- |
| 7. Sento che sto perdendo peso | A | B | C | D |
| 8. Soffro di stitichezza | A | B | C | D |
| 9. Soffro di tachicardia | A | B | C | D |
| 10. Mi stanco senza ragione | A | B | C | D |
| 11. Ho la stessa lucidità di mente di una volta | A | B | C | D- |
| 12. Mi riesce facile fare le cose che facevo prima | A | B | C | D- |
| 13. Sono agitato e non riesco a star fermo | A | B | C | D |
| 14. Guardo con fiducia al futuro | A | B | C | D- |
| 15. Sono più irritabile del solito | A | B | C | D |
| 16. Mi riesce facile prendere delle decisioni | A | B | C | D- |
| 17. Mi sento utile e necessario | A | B | C | D- |
| 18. La mia vita è abbastanza piena | A | B | C | D- |
| 19. Sento che per gli altri sarebbe meglio se non ci fossi più | A | B | C | D |
| 20. Mi va sempre di fare le cose che facevo prima | A | B | C | D- |

	ASSENTE	S.A.S.: Self-rating Anxiety Scale di Zung	MODERATA	
	LIEVE		ELEVATA	

ISTRUZIONI: rispondere alle seguenti domande il più rapidamente possibile, cercando solo una delle quattro risposte sotto indicate, ognuna delle quali viene rappresentata da una lettera: A = Mai o raramente B = Alle volte C = Spesso D = Quasi sempre o sempre

- | | | | | |
|--|---|---|---|----|
| 1. Mi sento più nervoso/a o in ansia del normale | A | B | C | D |
| 2. Ho paura senza alcun motivo | A | B | C | D |
| 3. Mi spavento facilmente e mi vengono attacchi di panico | A | B | C | D |
| 4. Mi sento a pezzi, sul punto di crollare | A | B | C | D |
| 5. Sento che tutto va bene, che non può capitarmi niente di male | A | B | C | D- |
| 6. Mi sento tremare le gambe e le braccia | A | B | C | D |
| 7. Mal di testa, dolori al collo e alla schiena mi tormentano | A | B | C | D |
| 8. Mi sento debole e mi stanco subito | A | B | C | D |
| 9. Mi sento sereno/a e posso rimanere tranquillamente seduto/a | A | B | C | D- |
| 10. Ho il batticuore | A | B | C | D |
| 11. Ho le vertigini | A | B | C | D |
| 12. Ho l'impressione di svenire | A | B | C | D |
| 13. Il mio respiro è tranquillo e regolare | A | B | C | D- |
| 14. Avverto torpore e formicolii alle mani e/o ai piedi | A | B | C | D |
| 15. Mi viene il mal di stomaco e fatica a digerire | A | B | C | D |
| 16. Avverto con frequenza lo stimolo a urinare | A | B | C | D |
| 17. Le mie mani sono normalmente secche e calde | A | B | C | D- |
| 18. Arrossisco facilmente | A | B | C | D |
| 19. Mi addormento facilmente e riposo bene | A | B | C | D- |
| 20. Mi vengono gli incubi | A | B | C | D |

PARTE DA COMPILARE SOLO PER I TEST DI CONTROLLO SUCCESSIVI AL PRIMO

Esprima un suo giudizio sulla qualità e sull'aiuto ricevuto dalle cure naturali effettuate apponendo il suo parere con una X sulle scale graduate qui sotto riportate (0 per la minima qualità o aiuto ricevuti, 100 per il massimo effetto)

