

Anagrafica

COD _____

Data ____/____/____

Nome _____ Cognome _____ Età ____ Sesso: M F

Indirizzo:

Via _____ Città _____ Provincia _____ Cap _____

Tel/cell _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Provincia di nascita _____

Titolo di studio: elementare media superiore laurea dottorato Occupazione: _____ libero professionista dipendente **Anamnesi Ambientale:**

**elenco dei luoghi dove ha vissuto dal periodo prenatale gravidanza
della madre a tutt'oggi**

per i lunghi periodi bisogna descrivere tutti punti sottoelencati

dove abiti

- N. abitanti della tua città/paese
- Vivi in centro Si No
- Periferia Si No
- Abiti vicino a strade principali? Si No
- Vi sono impianti chimici (vetri(?) o solventi?) distanti < 10 km? Si No
- Vi sono impianti siderurgici (ferrerie o acciaierie) entro i 10 km? Si No
- Vi sono raffinerie entro i 10 km? Si No
- Vi sono centrali nucleari entro i 30 km? Si No
- Vi sono discariche entro i 10 km? Si No
- Vi sono pali di alta tensione entro 1 km? Si No

- Vi sono centraline dell'alta tensione entro 1 km? Si No
- Vi sono ripetitori di telefonia mobile entro 1 km? Si No
- Vi sono ripetitori di telefonia mobile distanti entro i 500 metri? Si No
- Vi sono ripetitori di telefonia mobile entro i 100 m? Si No
- Vi sono aeroporti entro i 5 km? Si No

Dove lavori:

N. abitanti della città/paese dove lavori

Storia lavorativa:

- Lavori in centro Si No
- Periferia Si No
- Lavori vicino a strade principali? Si No
- Vi sono impianti chimici (vetri(?) o solventi?) distanti < 10 km? Si No
- Vi sono impianti siderurgici (ferrerie o acciaierie) entro i 10 km? Si No
- Vi sono raffinerie entro i 10 km? Si No
- Vi sono centrali nucleari entro i 30 km? Si No
- Vi sono discariche entro i 10 km? Si No
- Vi sono pali di alta tensione entro 1 km? Si No
- Vi sono centraline dell'alta tensione entro 1 km? Si No
- Vi sono ripetitori di telefonia mobile entro 1 km? Si No
- Vi sono ripetitori di telefonia mobile distanti entro i 500 metri? Si No
- Vi sono ripetitori di telefonia mobile entro i 100 m? Si No
- Vi sono aeroporti entro i 5 km? Si No
- Vi sono wi-fi in città che sono visualizzati dal tuo pc o cellulare/tablet da casa? Si No
- Vi sono altri wi-fi visualizzabili nella tua abitazione? Si No

Hai una rete wi-fi in casa? Sì No

Quante ore al giorno è accesa?

Quante ore al giorno passi davanti al computer/tablet? 0-2 3-6 >7

Quante ore mediamente trascorri al cellulare?

Quante ore mediamente trascorri alla tv?

Anamnesi fisiologica

Fumi? Sì No Quante sigarette al giorno? Vivi con fumatori? Sì No

Fai attività sportiva? Sì No

Che tipo? _____

Quante ore settimanali? 1-2 3-5 >6

Fai un lavoro sedentario? Sì No

Alimentazione:

Quali e quanto spesso consumi i seguenti alimenti?

	Si	quante volte al mese?
Pane di grano duro	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pane di grano tenero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pane senza glutine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pasta di semola	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pasta senza glutine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Riso	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Caffe	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Orzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Super alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zucchero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Insaccati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cibo i scatola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dolci o biscotti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Marmellata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uova	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pomodori (sugo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Patate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Melanzane o peperoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verdure a foglia larga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Legumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altri ortaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altri cereali (mais, orzo, segale, miglio farro, grano, quinoa, saraceno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Carni rosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Carni bianche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Noci/arachidi/pistacchio/nocciole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bevande gasate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frutta mediterranea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Frutta tropicale

Quanti pasti fai al giorno?

Cosa non mangi perchè non ti piace? _____

Quali cibi ti creano problemi?

1 _____

Cosa ti provoca?

Vomito Diarrea Bruciore di stomaco Gonfiori addominali Prurito Mal di testa Crisi allergiche Cistiti Altro

2 _____

Cosa ti provoca?

Vomito Diarrea Bruciore di stomaco Gonfiori addominali Prurito Mal di testa Crisi allergiche Cistiti Altro

3 _____

Cosa ti provoca?

Vomito Diarrea Bruciore di stomaco Gonfiori addominali Prurito Mal di testa Crisi allergiche Cistiti Altro

4 _____

Cosa ti provoca?

Vomito Diarrea Bruciore di stomaco Gonfiori addominali Prurito Mal di testa Crisi allergiche Cistiti Altro

5 _____

Cosa ti provoca?

Vomito Diarrea Bruciore di stomaco Gonfiori addominali Prurito Mal di testa Crisi allergiche Cistiti Altro

Sintomi Attuali

Quali sono i tuoi disturbi? _____

Soffri di elettrosensibilità? Sì No

In quali situazioni? _____

Quali sono i sintomi? _____

Hai problemi con i profumi? Sì No

Quali tipi? _____

Cosa ti provocano? _____

Diagnosi formulate _____

Quali sono i tuoi disturbi? Es dolore, Disturbi sfera riproduttiva, Disturbi gastro intestinali,

Disturbi respiratori, Sistema immunitario, Sistema endocrino ,Organi di sensi....