

Anamnesi personale e nutrizionale

Dr.ssa Macrì Giada

Dati personali

Nome e Cognome _____

Sesso M F

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ (prov. _____) CAP _____

Via _____

Cellulare _____

E-mail _____

Codice fiscale _____

Motivo della visita

Anamnesi personale fisiologica

Peso al momento della prima visita: _____

Altezza (cm): _____

Storia del peso: _____

Terapie dietetiche passate: _____

Attività lavorativa svolta e n° di ore al giorno: _____

Attività fisica svolta e n° di ore al giorno/alla settimana: _____

Abitudine al fumo: Sì No Da quando e n° di sigarette al giorno: _____

Regime alimentare particolare: Vegano Vegetariano Altro (specificare) _____

Quantità di acqua bevuta al giorno: < ½ litro tra ½ e 1 litro tra 1 e 2 litri > 2 litri

Diuresi: Normale Oliguria Poliuria Anuresi Nicturia

Annotazioni: _____

Assunzione di alcolici: Sì No Tipo di alcolico _____

Quantità al giorno _____

Assunzione di bevande analcoliche: Bibite gassate Succhi di frutta Altro (specificare) _____

Assunzione di zucchero (per zuccherare caffè, tè, tisane o altro): Sì No A volte

Intestino: Regolare Stipsi Diarrea

Annotazioni: _____

Ore di sonno dormite a notte e qualità del sonno: _____

Assunzione di integratori/fitoterapici per migliorare il sonno: _____

Per le donne:

Ciclo mestruale: Regolare Assente Menopausa

Gravidanze portate a termine: _____

Eventuali contraccettivi orali: No Sì Quale e da quanto tempo: _____

Eventuali problematiche ginecologiche (es. ovaio policistico, mioma, ecc): _____

Attuale condizione di gravidanza o allattamento: Sì No

Anamnesi patologica

Patologie attuali: _____

Patologie pregresse: _____

Patologie familiari: _____

Attuale assunzione di farmaci o integratori: No Si Quali, quando e come vengono presi?

Allergie (alimentari e non) e/o intolleranze:

Intervista abitudini alimentari

Alimenti NON graditi:

PREFERENZA ALIMENTI (barrare gli alimenti che non sono graditi)		
Latte (intero, parzialmente/totalmente scremato)	SI	NO
Latte vegetale a ridotto contenuto di zuccheri (es. di avena, soia, riso)	SI	NO
Yogurt bianco (intero o magro)	SI	NO
Yogurt greco bianco (intero o magro)	SI	NO
Fette biscottate/biscotti secchi/frollini/integrali	SI	NO
Cornflakes/crusca di frumento/fiocchi d'avena/muesli/riso soffiato	SI	NO
Frutta fresca	SI	NO
Frutta secca (mandorle, noci, macadamia)	SI	NO
Cioccolato fondente (75% cacao minimo)	SI	NO
Pane (es. bianco, integrale, segale)	SI	NO
Pasta	SI	NO
Riso (es. bianco, integrale, venere, basmati)	SI	NO
Cereali (quinoa, miglio, amaranto, mais, granoturco, grano saraceno, sorgo, farro, orzo, segale, kamut, spelta, avena)	SI	NO
Patate	SI	NO
CARNE: manzo, vitello, coniglio, pollo, tacchino, maiale	SI	NO
PESCE: alici, aragosta, carpa, cefalo, cernia, corregone, dentice, gamberi, luccio, merluzzo, nasello, palombo, pesce persico, pesce spada, razza, rombo, salmone fresco, salpa, sarda, San Pietro, sarago, sgombro, sogliola, spigola, tonno fresco	SI	NO
MOLLUSCHI: polpo, seppia, calamaro	SI	NO
AFFETTATI: bresaola, prosciutto cotto magro, prosciutto crudo magro, affettato di pollo arrosto, affettato di tacchino arrosto	SI	NO
PESCE CONSERVATO: tonno sott'olio, sgombro sott'olio, salmone affumicato	SI	NO
UOVA	SI	NO
LATTICINI FRESCHI (es. mozzarella, fiordilatte, crescenza, stracchino)	SI	NO
FORMAGGI STAGIONATI (es. parmigiano, asiago, emmenthal, pecorino, grana)	SI	NO
RICOTTA	SI	NO
LEGUMI (ceci, fagioli, lenticchie)	SI	NO
VERDURE	SI	NO
OLIO	SI	NO

Alimenti particolarmente graditi:

Descrizione alimentazione giornata tipo:

Colazione: _____

Pranzo: _____

Cena: _____

Eventuali spuntini: _____

Altri alimenti fuori pasto: _____

Altro: _____
