

MODULI "MEDICAL DIET on line" by Brazil-System srl

NOME PAZIENTE.....

DATA.....

INDIRIZZO.....

TELEFONI.....

MODULO A : ANALISI CLINICHE (da richiedere al Medico curante per la dieta)

Emocromo completo con formula leucocitaria

Sodio,potassio,magnesio

Glicemia

Azoto ureico

Creatinina

Colesterolo tot,hdl,ldl

Trigliceridi

Ves

Acido urico

Got-gpt-gammagt

Transaminasi

Tsh,T3,T4

Insulinemia

MODULO B

CHECK-UP ANAMNESTICO

Patologie remote (elencare solo le piu' importanti).....

Interventichirurgici.....

Allergie.....

Traumifisici.....

Patologie

attuali.....

Farmaciassunti

attualmente.....

Fumo.....Alcolici.....Caffè.....Psicofarmaci.....

Sport attuale..... frequenza settimanale

(SOLO PER LE DONNE) Ciclo mestruale : Regolare.....Menopausa..... Pillola

anticoncezionale.....

Numero figli..... Stitichezza..... Assumo

lassativi.....

COMPORAMENTO ALIMENTARE

Equilibrato: Smodato: Variabile:

Eventuali disturbi alimentari: Anoressie..... Bulimie.....

Tendo a dimagrire ed ingrassare velocemente: SI NO.....

Sono **SEMPRE** a dieta: **SI**..... **NO**.....

Non sono **MAI** a dieta: **SI**..... **NO**.....

Sono sempre attento alla **QUANTITA'** dei cibi **SI**..... **NO**.....

Sono sempre attento alla **QUALITA'** dei cibi **SI**..... **NO**.....

Mi ritengo in sovrappeso: **SI**.....**NO**.....

Di quanto : 5 Kg 10 Kg Oltre.....

Sono in sovrappeso da: meno di 1 anno..... oltre 1 anno..... 5 anni oltre 5 anni.....

Il motivo per cui sono ingrassato e' stato

.....

Ho effettuato diete in passato: **SI**.....**NO**.....

MODULO C

DATI ANTROPOPLICOMETRICI (OBBLIGATORI)

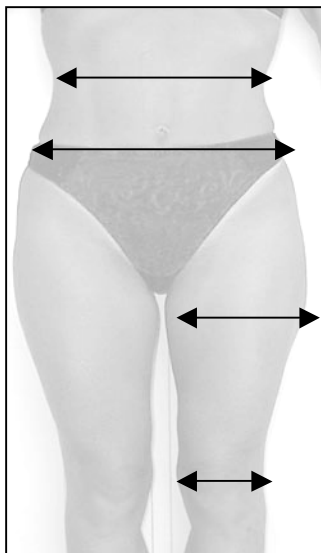
SESSO.....ETA'..... PESO.....

ALTEZZA.....

ZONE DI PREVALENZA DEL TESSUTO ADIPOSO

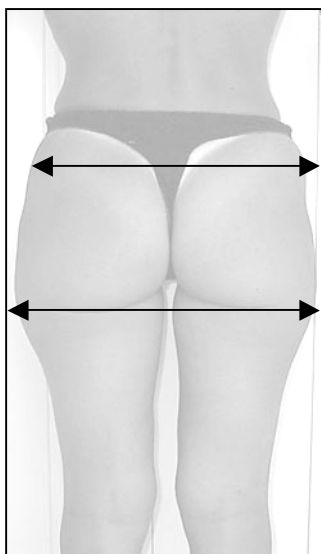
.....

MISURA CIRCONFERENZE con centimetro lineare:



ANTERIORE

GIRO VITA cm.....
GIRO OMBELICALE cm.....
GIRO COSCIA SUPERIORE cm.....
GINOCCHIO cm.....



POSTERIORE

(Da rilevare a piedi uniti)

GIRO FIANCO ALTO cm
GIRO GLUTEO.....cm