

# QUESTIONARIO PER VISITA ANTI-AGING

Data 1<sup>a</sup> Visita

## ANAGRAFICA PAZIENTE

Nome				Cognome			
Indirizzo	n°	CAP		Città		Prov	
e-mail		Tel1		Tel2		Cell	
Data di nascita		Attività lavorativa					
Luogo di nascita				Gruppo sanguigno			
Ore lavoro al giorno		Ore sonno al giorno		Ore allenamento settimanali			

## PRATICA REGOLARMENTE ATTIVITA' FISICA

(indicare con una X ove di interesse, in caso di risposta "si" inserire specifica a fianco)

Si		No		Tipo attività			
Sport praticato		Atleta		Semi agonista		Amatore	

PESO ATTUALE Kg

## STATO CIVILE

(indicare con una X ove di interesse e inserire I dati nei campi di eventuale interesse)

<b>Nubile/celibe</b>		<b>Sposato/a</b>		<b>Vedovo/a</b>		<b>Convivente</b>		<b>Separato/a</b>	
----------------------	--	------------------	--	-----------------	--	-------------------	--	-------------------	--

<b>N° figli</b>		<b>N° aborti</b>	
-----------------	--	------------------	--

<b>Professione del coniuge</b>	
--------------------------------	--

## ATTUALMENTE AUTO-VALUTAZIONE DELLA PROPRIA QUALITA' DI VITA

(indicare con una X nella casella sotto il valore di riferimento interessato:1minimo 10 massimo )

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

## ATTUALMENTE AUTO-VALUTAZIONE DEL PROPRIO STATO DI SALUTE

(indicare con una X nella casella sotto il valore di riferimento interessato:1minimo 10 massimo )

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

## MOMENTI DELLA GIORNATA IN CUI SI AVVERTE UN CALO DELLA PROPRIA ENERGIA


## AL MOMENTO ATTUALE

(indicare con una X)

(indicare le quantità)

	<b>Fumatore</b>	
	<b>Bevitore di alcolici</b>	
	<b>Bevitore di caffè</b>	

## ELENCO TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALMENTE IN ATTO

(inserire elenco della terapia eventualmente in atto)


## ELENCO INTEGRATORI NATURALI ATTUALMENTE UTILIZZATI

(indicare i prodotti eventualmente assunti o utilizzati)


## SEGUE UNA DIETA SPECIFICA

(descrivere tipo di dieta)


## SINTOMI GUIDA FISICI DEGLI ULTIMI 3 MESI

(indicare con una X il tipo di sintomo e compilare i campi di interesse)

	<b>Cefalea</b> (mal di testa)		
<b>Localizzazione</b>		<b>Inizio</b>	
<b>Frequenza settimanale</b>		<b>Durata singoli attacchi (min.)</b>	
	<b>Termine con farmaci</b>	<b>Tipo</b>	
	<b>Senza farmaci</b>		

	<b>Sinusite</b>		
<b>Localizzazione</b>		<b>Inizio</b>	
<b>Frequenza settimanale</b>		<b>Durata singoli attacchi (min.)</b>	
	<b>Termine con farmaci</b>	<b>Tipo</b>	
	<b>Senza farmaci</b>		

	<b>Mal di schiena</b>		
<b>Localizzazione</b>		<b>Inizio</b>	
<b>Frequenza settimanale</b>		<b>Durata singoli attacchi (min.)</b>	
	<b>Termine con farmaci</b>	<b>Tipo</b>	
	<b>Senza farmaci</b>		

	<b>Dermatiti</b>		
<b>Localizzazione</b>		<b>Frequenza</b>	

	<b>Dolori ossei di vario tipo</b>	
<b>Localizzazione</b>		

**Voto** (1 minimo dolore 10 massimo dolore)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

<b>Dolori muscolari di vario tipo</b>
---------------------------------------

<b>Localizzazione</b>	
-----------------------	--

**Voto** (1 minimo dolore 10 massimo dolore)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

<b>Difficoltà digestive</b>	
<b>Mestruazioni fastidiose</b>	
<b>Problematiche legate alla sfera genitale</b>	
<b>Cancro</b>	
<b>Recente ricovero entro un anno, per:</b>	

<b>Menopausa</b> (se si indicare da quando)	
<b>in terapia sostitutiva con</b>	

<b>Rinite allergica</b>
<b>Asma</b>
<b>Bruxismo (digrigna i denti)</b>
<b>Acne</b>
<b>Anemia</b>
<b>Aneurisma</b>
<b>Epilessia</b>
<b>Embolia</b>
<b>Infezioni polmonari</b>
<b>Malattie auto-immuni</b>

<b>Altre problematiche</b>	

### **RISCHIO DI PROBLEMI AL CUORE**

(indicare con una X)

<b>Diabete</b> (indicare tipo)	<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>
<b>Pressione arteriosa</b> ( + di 140/90 a riposo)		
<b>Colesterolo alto</b> (+ di 200)		
<b>Trigliceridi alti</b> (+ di 150)		
<b>Angina durante attività fisica</b>		
<b>Attacco di cuore prima dei 55 anni</b>		
<b>Ricoveri nell'ultimo anno per motivi cardiaci</b>		

## RISPETTO AL SONNO

(indicare con una X e inserire i dati nelle caselle apposite)

<input type="checkbox"/>	<b>Nessun problema</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Dorme poco</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Ha sempre sonno</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Difficoltà addormentarsi</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Difficoltà svegliarsi</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>Ha molti incubi</b>					
<b>Quante volte si sveglia?</b>						
<b>Quanto rimane sveglio? (minuti)</b>						
<b>In che modo si riaddormenta?</b>		<input type="checkbox"/>	<b>Con farmaci</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Senza farmaci</b>	
<b>Si sveglia stanco?</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Poco</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<b>Quante volte la settimana?</b>						

## RISPETTO ALLA FUNZIONALITA' DELL'INTESTINO

(indicare con una X e inserire i dati nelle caselle apposite)

<input type="checkbox"/>	<b>Intestino regolare</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Stitichezza</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Stitichezza in terapia con farmaci</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Stitichezza in terapia con rimedi naturali</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Diarrea</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Colite</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Flatulenza</b>				
<input type="checkbox"/>	<b>Altro</b>				

## HA MAI FATTO TRATTAMENTI SPECIFICI

(indicare con una X)

<input type="checkbox"/>	<b>Per disbiosi</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Idrocolon terapia</b>
--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------

**RISPETTO ALLA SUA PELLE DEL VISO RITIENE DI AVERE  
UNA PELLE:**

(indicare con una X)

<input type="checkbox"/>	<b>Chiara</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Scura</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Olivastra</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Spenta e grigia</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Secca</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Grassa</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Mista</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Impura</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Che ha perso elasticità</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Che ha perso tono</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Disidratata</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con couperose</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Che si irrita facilmente</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Delicata e sensibile</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con pori dilatati</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con macchie</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con cicatrici</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Lucida durante il giorno</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con brufoli</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Allergica</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Allergica a cosmetici</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Che si arrossa</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con rughe sottili</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con rughe profonde</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con rughe labiali</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con zampe di gallina</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Con occhiaie</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Un po'</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Abbastanza</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Molto</b>

<b>Si espone spesso al sole o fa lampade abbronzanti?</b>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>
---	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------

Ha spesso la sensazione di avere la pelle tesa?	SI		NO	
Ha già utilizzato una crema contorno occhi prima di oggi ?	SI		NO	
Ha labbra sottili ?	SI		NO	
Le sue labbra sono spesso secche e screpolate ?	SI		NO	
Viaggia spesso ?	SI		NO	
Utilizza un fondotinta normalmente ?	SI		NO	
Si trucca ?	SI		NO	
Usa una protezione solare?	SI		NO	
Soffre di psoriasi?	SI		NO	
Soffre di melasma, "maschera gravidica"?	SI		NO	

Come sente la sua pelle 10 minuti dopo la deterzione se non utilizza un idratante ?	
La pelle del suo corpo è molto disidratata in alcune zone ? Quali ?	

### RISPETTO ALLE SUE VENE SOFFRE DI:

(indicare con una X ove di interesse, in caso di risposta "si" indicare con una X a dx del valore di interesse)

	<b>Gambe gonfie</b>		<b>No</b>		<b>Si</b>		<b>Abbastanza</b>
	<b>Capillari</b>		<b>No</b>		<b>Si</b>		<b>Abbastanza</b>
	<b>Vene varicose</b>		<b>No</b>		<b>Si</b>		<b>Abbastanza</b>
	<b>Dolore alle gambe</b>		<b>No</b>		<b>Si</b>		<b>Abbastanza</b>
	<b>Presenza liposclerosi (cellulite) localizzata</b>		<b>Un po'</b>		<b>Abbastanza</b>		<b>Molto</b>

### SOFFRE DI CONTRATTURE MUSCOLARI?

(indicare con una X ove di interesse)

	<b>Un po'</b>		<b>Abbastanza</b>		<b>Molto</b>
--	---------------	--	-------------------	--	--------------

### HA LA SENSAZIONE DI ESSERE TESO?

(indicare con una X ove di interesse)

	<b>Un po'</b>		<b>Abbastanza</b>		<b>Molto</b>
--	---------------	--	-------------------	--	--------------

### SINTOMI PSICOLOGICI DEGLI ULTIMI 3 MESI:

	<b>Tristezza</b>
	<b>Desiderio di piangere</b>
	<b>Noia e stanchezza nei confronti della vita quotidiana</b>
	<b>Sensazione di prostrazione e di mancanza di energia</b>
	<b>Panico senza motivo preciso</b>