

SCHEDA ANAMNESI PRIMA VISITA MICROBIOMA

"Compilare prima della visita e portare con sé o inviare a andrea.muscara@coram.it"

DATI PERSONALI

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Telefono:

Email:

ANAMNESI ALIMENTARE

Cibi preferiti:

Cibi non graditi:

Allergie note:

Intolleranze note:

DIARIO DIETA ATTUALE**7 GIORNI****Lunedì**

Pasto	Orario	Contenuto
Colazione	_____	_____
Pranzo	_____	_____
Cena	_____	_____
Spuntini	_____	_____

Martedì

Pasto	Orario	Contenuto
Colazione	_____	_____
Pranzo	_____	_____
Cena	_____	_____
Spuntini	_____	_____

Mercoledì

Pasto	Orario	Contenuto
Colazione	_____	_____
Pranzo	_____	_____
Cena	_____	_____
Spuntini	_____	_____

Giovedì

Pasto	Orario	Contenuto
Colazione	_____	_____
Pranzo	_____	_____
Cena	_____	_____
Spuntini	_____	_____

Venerdì

Pasto	Orario
Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Spuntini	_____

Contenuto

Sabato

Pasto	Orario
Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Spuntini	_____

Contenuto

Domenica

Pasto	Orario
Colazione	_____
Pranzo	_____
Cena	_____
Spuntini	_____

Contenuto

Note aggiuntive:

(esempio: Fuori pasto, aperitivi, ristorante etc.)

STILE DI VITA

Attività fisica (tipo e frequenza ed orari):

Ore di lavoro e turni:

Qualità del sonno (Basso / Medio / Alto):

Livello di stress percepito (Basso / Medio / Alto):

Restrizioni etiche/religiose (esempio vegetariano, kosher, halal)

Uso di farmaci specifici (esempio antibiotici, PPI, FANS, contraccettivi):

Uso di integratori specifici (esempio omega-3, vitamina D, probiotici, fibre):

SINTOMI GASTROINTESTINALI

- Gonfiore
- Meteorismo
- Diarrea
- Stipsi
- Dolore addominale
- Reflusso
- Alvo (Giornaliera/Alterna, Altro)
- Altro:

OBIETTIVI DELL'UTENTE

- Migliorare digestione
- Ridurre sintomi intestinali
- Gestione peso
- Migliorare energia
- Supporto ormonale
- Prevenzione
- Altro: _____

OBIETTIVI CONCORDATI

FOLLOW-UP

- tre mesi
- sei mesi
- dodici mesi