

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	Contenuto
Colazione	_____	_____
Pranzo	_____	_____
Cena	_____	_____
Spuntini	_____	_____

Sabato

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

Domenica

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

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/Alternata, 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