

Questionario clinico di sintesi

Nome _____ Cognome. _____

Data di nascita _____ Nazionalità _____

Gruppo sanguigno _____ email _____

Altezza cm _____ Peso kg _____ Addome cm _____ Fianchi cm _____

FARMACI attualmente assunti:

FARMACI assunti in passato

STATI FISIOLGICI ATTUALI

Gravidanza Numero gravidanze ____ Allattamento Menopausa Ciclo

STATI PATOLOGICI ATTUALI :

Portatore di pace maker o altri presidi elettrici

Epilessia

Disturbi del ritmo cardiaco

Ipertensione

Patologie cardiache

Iper-colesterolemia, iper-trigliceridemia

Diabete

Patologie dell'apparato digerente

Patologie osteoarticolari

Patologie neurologiche

Patologie dell'apparato respiratorio

Osteoporosi

Malattie autoimmuni _____

Tiroidite _____

Allergie a pollini, farmaci, sostanze chimiche, nickel, peli di animali, acari

Reazioni avverse ai cibi

Disturbi dell'umore

Malattie della pelle

Stati febbrili

Altro _____

STATI PATOLOGICI PREGRESSI _____

INTERVENTI CHIRURGICI _____