

Data Compilazione

Cod.  M T

Nome  Cognome

Via  n°

CAP  Città

Provincia  Stato

Luogo e Data di Nascita     M F

Codice Fiscale

Tel.  E-mail

Gruppo sanguigno  
 0  A  B  AB

Controllo N°

Ha seguito la cura prescritta?  
 SI  NO  In Parte

## PROFILO SOGGETTIVO

Origine Campione  
 Scalpo  Pube

Colore naturale dei capelli Neri  
 Neri  Biondi  Grigi  Castani  Rossi  Bianchi

Capelli tinti  
 SI  NO

Fumatore  SI  NO Sigarette n°  Peso Kg  Altezza cm

Pressione arteriosa  
 Min.  Max.

Stato Gravidanza  SI  NO Mese n°  Menopausa  SI  NO

## SINTOMI E MALATTIE STATO ATTUALE

### VIE RESPIRATORIE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> allergie          | <input type="checkbox"/> flogosi ripetute prime vie aeree |
| <input type="checkbox"/> asma              | <input type="checkbox"/> malattie da virus                |
| <input type="checkbox"/> bronchite cronica | <input type="checkbox"/> stato infettivo                  |
| <input type="checkbox"/> enfisema          | <input type="checkbox"/> Altro .....                      |

### MUSCOLO SCHELETRICI

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> artrite reumatoide  | <input type="checkbox"/> rigidità articolare |
| <input type="checkbox"/> artrosi             | <input type="checkbox"/> morbo di Paget      |
| <input type="checkbox"/> crampi (da sforzo)  | <input type="checkbox"/> scoliosi            |
| <input type="checkbox"/> crampi (notturni)   | <input type="checkbox"/> dolori migranti     |
| <input type="checkbox"/> disturbi articolari | <input type="checkbox"/> dolori fissi        |
| <input type="checkbox"/> osteomalacia        | <input type="checkbox"/> Altro .....         |
| <input type="checkbox"/> osteoporosi         |  |
| <input type="checkbox"/> discopatia          |  |

### CARDIOVASCOLARI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> angina             | <input type="checkbox"/> arteriosclerosi       |
| <input type="checkbox"/> tachicardia        | <input type="checkbox"/> aterosclerosi         |
| <input type="checkbox"/> cefalea            | <input type="checkbox"/> bradicardia           |
| <input type="checkbox"/> ipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> occlusione coronarica |
| <input type="checkbox"/> ipertensione       | <input type="checkbox"/> Altro .....           |

### GASTRO INTESTINALI

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gonfiore dopo i pasti | <input type="checkbox"/> diverticolosi         |
| <input type="checkbox"/> colite                | <input type="checkbox"/> epatite tipo A        |
| <input type="checkbox"/> digestione lenta      | <input type="checkbox"/> epatite tipo B        |
| <input type="checkbox"/> disfunzione epatica   | <input type="checkbox"/> epatite tipo C        |
| <input type="checkbox"/> ulcera                | <input type="checkbox"/> gastrite              |
| <input type="checkbox"/> stitichezza           | <input type="checkbox"/> tendenza alla diarrea |
| <input type="checkbox"/> calcoli colecisti     | <input type="checkbox"/> Altro .....           |
| <input type="checkbox"/> digestione buona      |  |

### RENALI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> calcoli di ossalato            | <input type="checkbox"/> insufficienza renale  |
| <input type="checkbox"/> calcoli di fosfato             | <input type="checkbox"/> cistiti a ripetizione |
| <input type="checkbox"/> gotta (calcoli di acido urico) | <input type="checkbox"/> cistite cronica grave |
| <input type="checkbox"/> diuresi abbondante             | <input type="checkbox"/> cistite non infettiva |
| <input type="checkbox"/> diuresi scarsa                 | <input type="checkbox"/> Altro .....           |

### EMOZIONALI

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> aggressività             | <input type="checkbox"/> ipercinesia        |
| <input type="checkbox"/> disattenzione            | <input type="checkbox"/> depressione        |
| <input type="checkbox"/> astenia                  | <input type="checkbox"/> stress             |
| <input type="checkbox"/> difficoltà concentrativa | <input type="checkbox"/> attacchi di panico |
| <input type="checkbox"/> difficoltà di memoria    | <input type="checkbox"/> estroversione      |
| <input type="checkbox"/> schizofrenia             | <input type="checkbox"/> introversione      |
| <input type="checkbox"/> ansietà                  | <input type="checkbox"/> ostilità           |

### ENDOCRINI

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> carenze ormonali femminili  | <input type="checkbox"/> diminuzione libido      |
| <input type="checkbox"/> diabete insulino dipendente | <input type="checkbox"/> iperparatiroidismo      |
| <input type="checkbox"/> diabete alimentare          | <input type="checkbox"/> ipoparatiroidismo       |
| <input type="checkbox"/> ipersurrenalismo            | <input type="checkbox"/> ipoglicemia             |
| <input type="checkbox"/> iposurrenalismo             | <input type="checkbox"/> tendenza alla cellulite |
| <input type="checkbox"/> ipertiroidismo              | <input type="checkbox"/> tendenza all'obesità    |
| <input type="checkbox"/> ipotiroidismo               | <input type="checkbox"/> tendenza alla magrezza  |
| <input type="checkbox"/> frigidity                   | <input type="checkbox"/> Altro .....             |

### MASCHILI

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> adenoma prostatico | <input type="checkbox"/> prostatite        |
| <input type="checkbox"/> impotenza          | <input type="checkbox"/> eiaculatio precoc |
|   | <input type="checkbox"/> Altro .....       |

### FEMMINILI

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> amenorrea         | <input type="checkbox"/> candidosi                |
| <input type="checkbox"/> cisti mammaria    | <input type="checkbox"/> sindrome premenstruale   |
| <input type="checkbox"/> flusso prolungato | <input type="checkbox"/> mestruazioni dolorose    |
| <input type="checkbox"/> flusso ridotto    | <input type="checkbox"/> irregolarità mestruale   |
| <input type="checkbox"/> flussi anticipati | <input type="checkbox"/> menopausa                |
| <input type="checkbox"/> flussi ritardati  | <input type="checkbox"/> problemi della fertilità |
| <input type="checkbox"/> mastodinia        | <input type="checkbox"/> Altro .....              |

### DERMATOLOGICI

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> eczema    | <input type="checkbox"/> alterazione cuoio capelluto |
| <input type="checkbox"/> acne      | <input type="checkbox"/> disidrosi                   |
| <input type="checkbox"/> dermatiti | <input type="checkbox"/> sclerodermia                |
| <input type="checkbox"/> psoriasi  | <input type="checkbox"/> Altro .....                 |

### DISTURBI DISMETABOLICI

- |   |                                       |                                      |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> dimagrimento | <input type="checkbox"/> Altro ..... |
| <input type="checkbox"/> iperuricemia       | <input type="checkbox"/> obesità      |                                      |
| <input type="checkbox"/> iperglicemia       | <input type="checkbox"/> cellulite    |                                      |

