

Data Compilazione

Codice Paziente (a cura della Mineral Test) 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°

Richiesta analisi di 41 o 69 elementi

Ha seguito la cura prescritta?
 SI NO In Parte

PROFILO SOGGETTIVO

Origine Campione
 Scalpo Pube

Colore naturale dei capelli
 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	

