

PRE-ANAMNESI NUTRIZIONALE

Rispondi alle domande in preparazione alla seduta

Rispondi con sincerità, nessuno ti giudicherà.



DiCiAlice

Dai voce al tuo DCA

Data: _____

I TUOI DATI PERSONALI

Nome: _____ Cognome: _____

Genere: _____ Data di Nascita: _____

Ciao, benvenuto/a!

In preparazione alla tua prima seduta nutrizionale ti chiediamo di dedicare qualche minuto alla compilazione di questa scheda di pre-anamnesi.

Non preoccuparti, non ci sono risposte giuste o sbagliate!

L'obiettivo è raccogliere quante più informazioni possibile su di te, dalla tua storia ponderale alle tue abitudini quotidiane e dalla tua salute generale.

Prenditi tutto il tempo necessario per rispondere a ogni domanda con sincerità e accuratezza. Ogni dettaglio è prezioso e aiuterà il nutrizionista a massimizzare l'efficacia della seduta.

Se hai dubbi o domande durante la compilazione, ricordati che puoi contattare il nostro staff per ricevere supporto. Siamo qui per questo!

Buona compilazione! 😊 - *Camilla*

ANAMNESI PONDERALE E STORIA DEL PESO

Hai avuto fluttuazioni di peso significative negli ultimi 6-12 mesi? Se sì, quali e di quanti kg?

Hai mai seguito diete in passato? Se sì, quali tipologie (es. ipocaloriche, chetogeniche, vegane, ecc.) e con quali risultati a breve e lungo termine?

ANAMNESI FISIOLÓGICA E PATOLOGICA

Stato di Salute Generale Buono Discreto Scarso

Hai patologie diagnosticate? (Es. Diabete, ipertensione, tiroide, malattie gastrointestinali, malattie autoimmuni, ecc.) Se sì, quali e da quanto tempo?

Assumi farmaci, integratori o prodotti erboristici regolarmente?
Se sì, quali e per quale motivo?

Soffri di allergie o intolleranze alimentari diagnosticate? Se sì, quali? (Es. Glutine, lattosio, nichel, frutta secca, ecc.)

Hai disturbi gastrointestinali? (Es. Gonfiore, stitichezza, diarrea, bruciore di stomaco, reflusso)

Quante ore dormi per notte in media? Dormi regolarmente? Hai difficoltà ad addormentarti o risvegli notturni?

Sezione riservata alle donne

Il tuo ciclo mestruale è regolare? Sì No

Se No, descrivere:

Sei in gravidanza o allattamento? Sì No

Sei in menopausa? Sì No

ABITUDINI ALIMENTARI ATTUALI

Quanti litri di acqua bevi in media al giorno? _____ Litri

Consumi alcolici? Se sì, quali e con quale frequenza?

OBIETTIVI E ASPETTATIVE

Qual è il tuo obiettivo principale per questa consulenza nutrizionale? (Sii il più specifico possibile)

Quali sono le tue aspettative da questo percorso?

Quali sono le principali difficoltà che pensi di poter incontrare nel seguire un nuovo piano alimentare?
