

AMBULATORIO DI MEDICINA ANTI AGING

OMEOPATIA CLINICA E AGOPUNTURA

Ospedale San Pietro FBF Roma DIRETTORE SANITARIO PROF. OSVALDO SPONZILLI

AMBULATORIO VIA TACITO 7 00193 ROMA VIA CASSIA 1840 MEDICAL SPA 00123 Roma

da completare a cura del paziente

vi preghiamo rispondere con esattezza alle seguenti domande

quanti anni ha?

lavoro abituale

gruppo sanguigno

luogo di nascita

tipo di nascita:

a termine ritardata anticipata

incubatrice uso di forcipe

ha messo poco o molto a nascere

i suoi genitori desideravano un sesso diverso dal suo?

ha fratelli-quanti? vivi morti

ha sorelle-quante? vive morte

lei è il primo, secondo, terzo(ecc.) figlio? Primo genita

quale è il suo stato civile convivente

ha figli? 1 figlia

quanti maschi e quante femmine

i suoi genitori sono viventi sì

se sono morti specificare di cosa

c'è qualcuno nella sua famiglia, compresi i nonni che ha sofferto di:

-t.b.c.

-lue altre malattie veneree

-tumori

-HIV

-diabete

-allergie

-pressione alta
-morte improvvisa

quanto pesava lei alla nascita?

È stato allattato da sua mamma dalla balia, o con latte artificiale?

a quanti mesi ha preso per la prima volta il latte vaccino?

ha subito interventi chirurgici(quali?)

quali farmaci sta prendendo?

quali vaccini ha fatto oltre gli obbligatori?

sottolineare le malattie infettive avute:

morbillo, varicella, rosolia, pertosse, parotite, scarlattina

è microcitemico/a?

sottolineare le malattie avute:

polmoniti, pleuriti, anosmie, sangue dal naso, facili raffreddori, sinusiti, otiti, geloni, orzaioli, gonfiori arti inferiori

facili svenimenti, problemi cardiaci, problemi tiroidei,

vene varicose, facilità ai lividi

sottolineare le voci che corrispondono a lei

digestione: buona sonnolenza dopo mangiato

 cattiva necessità di riposare quanto tempo

ha mai sofferto di calcoli alla cistifellea?

il suo **intestino** è regolare?

è diarroico?

è stitico se stitico le capita più frequentemente di:
non aver nessuno stimolo
di aver stimoli e non riuscire ad andar di corpo?
ha mai **gonfiarsi alla pancia** più frequentemente nella parte
sopra l'ombelico o sotto?
ha mai dolori -- crampi?
ha mai avuto una di queste malattie (sottolineare)
tifo, paratifo, ulcere, ernie ,emorroidi

RISERVATO ALLE DONNE

a quale età ha avuto il primo mestruo?
come si è susseguito il suo ciclo mestruale?
è anticipante ritardante alternante doloroso
ha mai avuto perdite - micosi - vaginiti?
ha ancora le mestruazioni
a che età è entrata in menopausa? quali disturbi ha accusato?
ha mai avuto problemi al seno?

ha avuto qualche problema nella sua vita sessuale?
ha difficoltà a raggiungere l'orgasmo?

ha mai sofferto di calcoli renali?
ha mai avuto infezioni urinarie?

ha mai avuto malattie veneree? quali

ha mai avuto:
sfoghi sulla pelle?
crosta latte da piccolo?
pruriti?
allergie?
acne?
porri o verruche?
condilomi?
eczemi?

ha **dolori** alla colonna o agli arti:

a quale livello

le danno fastidio:

gli abiti accollati? le cinte?

il sole in testa?

ha mai sofferto:

di cefalee?

di emicranie?

di distonie neurovegetative?

di stress cronico?

di depressione?

come è il suo **sonno**:

cattivo

buono

si addormenta con difficoltà?

si sveglia frequentemente?

si sveglia ad una ora fissa durante la notte?

altre caratteristiche?

preferenze alimentari

preferisce di più:

dolci?

salati? aggiunge sale?

piccanti? scarta i grassi?

ha mai cercato il sale anche da piccolo?

preferenze cromatiche

quali colori preferisce nel vestire?

quali colori la contornano abitualmente in casa e nel lavoro?

SETE

ha sete durante il giorno al di fuori dei pasti?

beve anche se non ha sete?

si dimentica a volte completamente di bere?

ALIMENTAZIONE

quante volte a settimana mangia carne

quante volte a settimana mangia pesce?

beve latte? quanto al giorno?

prende yogurt? mangia derivati del latte (latticini formaggi) quante volte a settimana?

quali verdure mangia più volentieri?

quante volte a settimana mangia cereali integrali?

quali? riso, farro, orzo, mais, miglio

quante volte a settimana mangia legumi? quali?

quanto pane mangia al giorno? di che tipo?

quanta frutta mangia al giorno? quale?

mangia carne di maiale?

prosciutto?

insaccati?

fritti?

dolci?

quanto zucchero bianco usa al giorno?

TECNOLOGIA

usa forno a microonde?

usa orologi al quarzo?

usa computer in maniera continuativa?

usa telefoni a cellulari a continuo contatto del corpo?

quante ore al giorno dedica alla televisione?

HA MAI FATTO USO DI:

alcolici tabacco droghe

PREFERENZE BIOCLIMATICHE

si copre molto in inverno? suda d'estate? poco? molto?

in stanza calda apre la finestra?

in estate dorme con la finestra?

aperta?

in estate mette i piedi fuori dalle lenzuola?

è freddoloso/a è caloroso/a

PEGGIORAMENTI GENERALI NELLE VARIE SITUAZIONI:

fermo o in movimento?

all'aria aperta o al chiuso?

a che ora?

MIGLIORAMENTI IN GENERALE NELLE VARIE SITUAZIONI:

fermo/a? in movimento?

all'aria aperta? al chiuso?

a che ora?

EVOLUZIONE PSICOSPIRITUALE

sta meglio da solo? sta meglio in compagnia?

piange con facilità? si commuove facilmente?

tende a reprimere la collera? riesce a esteriorizzare la collera?

porta rancore? se può si vendica?

cangia facilmente di umore?

la consolazione fa piacere? la consolazione fa peggiorare?

come è stato il rapporto con i suoi genitori?

madre: ottimo buono mediocre

padre: ottimo buono mediocre

il rapporto con il suo partner: soddisfacente buono ottimo

è soddisfatto della sua vita?

è soddisfatto del suo lavoro?

ritiene di stare in armonia con le sue doti naturali con quello che avrebbe voluto fare?

MOTIVO DELLA VISITA