



DATA

COGNOME NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA
TELEFONO
MAIL
CODICE FISCALE
INDIRIZZO COMPLETO

PROFESSIONE ATTUALE

STATO CIVILE: CELIBE/NUBILE SPOSATO VIVE IN FAMIGLIA
SEPARATO/DIVORZIATO

MEDICO CURANTE/DI RIFERIMENTO

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI CONSULENZA:

ATTIVITA' FISICA (tipologia - h settimanali - fascia oraria - gare)

STILE DI VITA

FUMO si, n°/al giorno no
ALCOOL si no
H SONNO
FATTORI DI STRESS MAGGIORE
DESIDERIO SESSUALE: presente e buono presente ma altalenante assente

NASCITA per parto naturale per parto cesareo
ALLATTAMENTO AL SENO? si no

ALLERGIE, specificare

INTOLLERANZE ALIMENTARI al lattosio celiachia istamina altro (specificare
come è stata diagnosticata).....

SENSIBILITA' ad alcuni cibi, specificare:

ALVO/DIURESIS: STIPSI DIARREA ALVO ALTERNO REGOLARE



SENSAZIONE DI GONFIORE:

entro 5-10 minuti dall'inizio del pasto

dopo il pasto

a distanza di un paio di ore

CICLO MESTRUALE regolare non regolare, specificare

MENOPAUSA sì, a che età? no

GRAVIDANZA no sì, quante? Descrivere se ci sono stati problemi di salute durante la gravidanza, se il parto è stato naturale o cesareo, se state o avete allattato e per quanto tempo.

STATO ENERGETICO buono mediocre stanchezza perenne

DOLORABILITA' assente presente, descrivere

STORIA CLINICA

Descrivere patologie pregresse, attuali. Descrivere il proprio stato di salute generale. Allegare documentazione clinica ed esami recenti.

FARMACI IN USO

USO DI ANTIBIOTICI NEGLI ULTIMI 6 MESI

INTEGRATORI IN USO

PATOLOGIE IN FAMIGLIA

STORIA DEL PESO

STORIA DIETE



ATTUALMENTE SEGUE DIETE SPECIFICHE?

O VEGETARIANA/VEGANA

O SENZA LATTICINI

O SENZA GLUTINE

O SENZA

O PER PATOLOGIA SPECIFICA.....

DA QUANTO LA SEGUE?

RIESCE A SEGUIRE AL 100% LE INDICAZIONI? SI O NO O

CONSUMA DOLCI? COSA?

O PRIMA DEL CICLO O STRESS/ANSIA O SOLITUDINE O SITUAZIONI SOCIALI

CONSUMA SNACK? COSA? QUANDO?

LE CAPITA DI MANGIARE DURANTE LA NOTTE? COSA?

QUANTA ACQUA DURANTE LA GIORNATA:

ALTRE BEVANDE:

CONDIMENTI/SALSE (olio extra vergine di oliva, burro, margarina, oli vegetali, maionese, sensape, ketchup, salsa di soia, miso...)

ZUCCHERO/DOLCIFICANTI, QUALI?

LUOGO DI CONSUMO DEL PASTO?

MOMENTO DI MAGGIOR FAME?

SUPPORTO FAMILIARE/AMICI/COLLEGHI O si O no

QUALE E'IL SUO PESO ATTUALE?

LA SUA ALTEZZA?

LA SUA CIRCONFERENZA ADDOMINALE MISURATA ALL'ALTEZZA DELL'OMBELICO TENENDO IL METRO ORIZZONTALE PARALLELO AL PAVIMENTO:

ALLEGARE IL DIARIO ALIMENTARE DI 3-4 GIORNI, INCLUDENDO SE POSSIBILE IL WEEK END.

IL DIARIO DEVE DESCRIVERE TUTTO CIO' CHE VIENE MANGIATO, BEVUTO, SGRANOCCHIATO, SPILUCCATO NELLA GIORNATA, POSSIBILMENTE CON INDICAZIONE ATTENDIBILE DELLA QUANTITA'/PORZIONE

DIARIO ALIMENTARE

Data:

PASTO E ORARIO	CIBO E BEVANDE	QUANTITA'
COLAZIONE H		
PRANZO H		
CENA H		
SPUNTINO H SPUNTINO H SPUNTINO H		
EXTRA		



**CONSENSO INFORMATO
PER PRESTAZIONI DI EDUCAZIONE ALIMENTARE O DIETOTERAPIA ONLINE**

Il/la sottoscritto/a **Dott./Dott.ssa BERTINI ILARIA**, iscritto/a **all'albo dei Dietisti - Ordine TSRM PSTRP di verona con il n.9**, prima di svolgere la propria opera professionale a favore del Sig./della Sig.ra _____, informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in colloqui di educazione alimentare e di counselling nutrizionale finalizzati al conseguimento di una alimentazione salutare e/o una migliore composizione corporea per favorire un migliore stato di salute;
- durante le consulenze non saranno presenti terzi non visibili nella stanza del paziente e del terapeuta;
- i colloqui non saranno registrati né in audio né in video;
- le prestazioni verranno rese attraverso la piattaforma skype o google meet;
- in qualsiasi momento il paziente potrà interrompere il percorso online. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e a specificare le ragioni;
- il Dietista è tenuto al rispetto del Codice Deontologico dei Dietisti e all'obbligo del segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge;
- l'intervento si articolerà in incontri della durata di 30-40 o 60-90 minuti circa a seconda del tipo di incontro concordato col Dietista previa telefonata/MAIL per organizzazione dell'appuntamento;
- il pagamento del compenso professionale avverrà con bonifico bancario, in forma anticipata/entro pochi giorni dall'appuntamento (0-3 gg), salvo diversi accordi presi direttamente con il Dietista;
- una volta stabilito l'appuntamento in modalità online, qualsiasi disdetta va comunicata tramite telefonata (o messaggio firmato) al professionista con un giorno di anticipo, onde evitare l'addebito dell'incontro non effettuato;
- Resta inteso che la presente modalità di prestazione tramite videochiamata è da considerarsi una modalità da utilizzare nella attuale situazione di emergenza Covid: si auspica un ritorno alle normali modalità il più presto possibile.

Il sig./la sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
e residente (città, via e numero) _____
avendo ricevuto l'informativa di cui sopra dichiara:

- di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di accettare l'intervento concordato con il dott/la dott.ssa BERTINI ILARIA

Data

Firma