

La Mandorla

Questionario di anamnesi

Le informazioni contenute in questo questionario sono strettamente confidenziali

Nome: _____

Data della Prima Visita _____

Indirizzo _____

Codice fiscale _____

Cell _____ email _____

Data di Nascita _____ Età _____

Lavoro _____

Stato civile _____

Inviato/a da _____

Sono consapevole che il percorso svolto non è da ritenersi sostitutivo delle visite, diagnosi e cure mediche, rispetto a qualsiasi malattia, disturbo o condizione fisica e mentale.

L'operatore, pertanto, effettua la sua valutazione ed imposta il percorso di sostegno dell'ambito delle sue competenze ed in collaborazione eventuale con i medici ed altre figure professionali di riferimento. L'operatore potrebbe consigliarmi di contattare, per un sostegno in rete, un altro professionista per qualche eventuale problematica fisica e/o emotiva.

Dichiaro il mio stato di salute all'operatore ed è mia responsabilità tenerlo aggiornato sulle mie condizioni di salute.

La confidenzialità di qualsiasi informazione medica e personale emersa durante gli incontri è tutelato, per legge, dal segreto professionale. Alcune parti potranno essere oggetto, in maniera totalmente anonima, di utilizzo ai scopi di supervisione, statistica e formazione professionale, tranne se l'operatore riceve dall'utente la richiesta di non farlo. Le informazioni quali nome, indirizzo e altri dati personali non verranno in alcun modo ceduti, rilasciati o trattati.

Dati dell'operatore:

Cecilia Gautier

Operatrice olistica professional SIAF n°LI2173P-OP, ai sensi della L4/2013

Desidero ricevere la newsletter periodica (massimo 1 volta al mese) con gli articoli tematici e altre informazioni relative alle attività della Mandorla. Potrò disdire l'iscrizione in qualsiasi momento.

SI

NO

Data: _____

Firma dell'utente: _____

Motivo di richiesta della sessione

Motivazione principale della visita: _____

Quando si è manifestata la prima volta? _____

Qual è la causa? _____

Descrivi i fattori di stress legati a quel periodo _____

Cosa allevia i sintomi? _____

Cosa li peggiora? _____

Questa condizione sta peggiorando? _____ interferisce con il lavoro _____ il sonno _____ il tempo libero _____

Hai mai ricevuto massaggi o trattamenti prima? _____ Quali? _____

Storia Medica

In questo momento sei in cura da qualche professionista/medico? _____ Perché? _____

Nome del/i professionista/i: _____

Farmaci / Integratori assunti: _____

Allergie: specifica gli allergeni e le reazioni _____

Operazioni Chirurgiche (tipo e anno) e/o cure recenti: _____

Ospedalizzazioni: _____

Incidenti o Traumi: _____

Cadute/traumi al Sacro/testa/coccige (descrivi) _____

Altro:

Per favore completa la tabella:

Sintomi/condizioni	Passato	Presente	Sintomi/condizioni	Passato	Presente
Mal di testa Tipo:			Gambe o piedi addormentati mentre sei in piedi		
Asma			Fitte al tallone mentre cammini		
Mani e piedi freddi			Ansia		
Caviglie gonfie			Depressione		
Condizione sinusale Raffreddori frequenti			Disturbi del Sonno		
Attacchi di panico			Balbuzie		
Dolori nella parte bassa della schiena			Tensioni muscolari: Dove:		
Problemi alla pelle: Tipologia			Vene varicose Emorroidi, dove:		
Sciatica			Ernie/Protrusioni		
Dolori e gonfiori articolari			Arti artificiali/mancanti		
Pressione Alta o Bassa			Lenti a contatto		
Dentiera/Parziali			Cancro (passato o presente) Tipologia		

Storia Familiare

	In Vita?	Cause-Età decesso	Problemi importanti di salute
Madre			
Padre			
Figli			
Nonna Materna			
Nonno Materno			
Nonna Paterna			
Nonno Paterno			

Salute Gastrointestinale

Descrivi le tue abitudini alimentari: Colazione: _____

Pranzo: _____

Cena: _____

Spuntini: _____ Acqua(bicchieri/giorno) _____ Caffè _____

Qual è l'alimento peggiore nella tua dieta _____ Quali sono le tue debolezze alimentari _____

Hai abitudini ad abbuffarti? _____ di quali cibi? _____

Provi gonfiore/gas/rutti dopo mangiato? _____ Quali cibi incrementano queste manifestazioni? _____

Allergie alimentari? _____ Descrivi _____

Quante volte vai in bagno? _____ Costipazione? _____ Sangue nelle feci? _____

Dolore nella defecazione? _____ Diarrea? _____

Altro? _____

Aspetti emotivi e spirituali

Che opinione hai su di te? _____

Descrivi l'emozione più bella che hai provato _____

Dove e quando hai provato questa emozione? _____

Descrivi l'emozione più brutta che hai provato _____

Dove e quando hai provato questa emozione? _____

Se applicabile, descrivi la tua pratica spirituale: _____

In una scala da 1 a 10 (in cui uno rappresenta avere la qualità minore e 10 la più grande) descrivi come ti vedi rispetto a: Fede _____
Speranza _____ Generosità _____ Umorismo _____ Paura _____ Lutto _____ Divertimento _____ Rabbia _____ Tristezza _____

Quali hobby o attività ti danno soddisfazione _____

Descrivi quale sport fai con una certa regolarità (tipo, frequenza) _____

Quali cambiamenti ti aspetti di raggiungere in 6 mesi: _____

In 1 anno: _____

Utilizzi: Tabacco? _____ Quantità _____ Alcolici? _____ Quantità bicchieri/giorno _____ Marijuana? _____ Quantità _____

Altro: _____ Hai subito ricoveri per utilizzo di sostanze? _____

Salute dell'apparato riproduttivo maschile

Per favore verifica se qualcuno di questi sintomi corrisponde alla tua situazione

Sintomi/condizioni	Passato	Presente	Sintomi/condizioni	Passato	Presente
Dolore alla minzione			Ritenzione urinaria		
Incontinenza o perdite			Difficoltà ad iniziare ad urinare		
Flusso urinario debole o che si interrompe			Sangue o pus nell'urina		
Dolore o bruciore alla minzione			Pressione o dolore pelvico		
Orinazione Notturna Quante volte?			Insaziabile impulso sessuale		
Dolore nella parte bassa della schiena dopo i rapporti			Dolore o fastidio tra lo scroto e i testicoli		
Dolore o fastidio: al pene ai testicoli al retto			Dolore o fastidio alla coscia: destra sinistra entrambe		
Infezioni urinarie frequenti			Erezione: difficoltà nel raggiungerla mantenerla eiaculazione dolorosa		

Test positivo per antigene specifico prostatico_____ Data_____

Spermiogramma effettuato?_____ Date_____

Storia familiare di malattie prostatiche: Si_____ No_____ Tipologia_____

Storia familiare di cancro: Si_____ No_____ Tipologia_____

Malattie sessualmente trasmissibili: Si_____ No_____ Tipologia_____

Che interesse hai per il sesso? Alto_____ Moderato_____ Basso_____ Nullo_____

Hai subito qualche trauma, descrivi_____

Hai fatto qualche terapia per questo?_____

Com'è stato per te?_____

Commenti aggiuntivi:

Questionario di valutazione dei dosha

	VATA	PITTA	KAPHA
Statura	Alta	Media	Di solito bassa, ma può essere alta e grande
Corporatura	Magra, ossuta	Media, buona muscolatura	Grande, ben sviluppata
Peso	Leggero, difficoltà a prendere peso	Moderato	Pesante, difficoltà a perdere peso
Aspetto Della Pelle	Opaca o scura	Rosea, lucente	Bianca pallida
Struttura Della Pelle	Secca, ruvida, sottile	Calda, oleosa	Fredda, umida e spessa
Occhi	Piccoli, nervosi	Penetranti, si infiammano spesso	Grandi, bianchi
Capelli	Secchi, fini	Fini, oleosi	Spessi, oleosi, mossi, lucenti
Denti	Storti, poco formati	Media grandezza, gengive sanguinanti	Grandi, ben formati
Articolazioni	Rigide, schioccano facilmente	Sciolte	Solide, grandi
Circolazione	Insufficiente, variabile	Buona	Discreta
Appetito	Variabile, Nervoso	Forte, eccessivo	Discreto, ma consistente
Sete	Scarsa, insufficiente	Molta	Discreta
Sudorazione	Scarsa	Abbondante, ma non durevole	Poca all'inizio ma profusa
Feci	Dure o secche	Soffici, molli	Normali
Urina	Scarsa	Abbondante, gialla	Quantità moderata, chiara
Sensibilità	Freddo, secco, vento	Calore, luce del sole, fuoco	Freddo, umido
Dif. immunitarie	Scarse, variabili.	Discrete, sensibile al calore	Buone
Unghie	Ruvide, fragili	Morbide, rosate	Morbide, bianche
Tendenze alle malattie	Dolori	Febbre, Infiammazioni	Congestione, edema
Tipo di malattia	Nervosa	Sangue, fegato	Accumulo di muco, polmoni
Attività	Molta, agitata	Moderata	Poca, si muove lentamente
Resistenza allo sforzo	Scarsa, si esaurisce facilmente	Discreta, ma focalizzata	Buona
Sonno	Leggero, Disturbato	Variabile	Eccessivo
Sogni	Frequenti, disturbati	Contenuti, colorati	Poco frequenti, romantici

TOTALE:

/24