



CONNETTITI ALLA SALUTE!!

Psicodiet.Org

sviluppo di programmi alimentari
con supporto psicologico



La compilazione di tale FORM servirà a farci capire con estrema chiarezza, non solo fisicamente come siete ma anche psicologicamente come vi possiamo aiutare.

L'elaborazione della dieta sarà inoltrata con il pagamento di quanto richiesto nella compilazione del form. L'intero fascicolo di 15 pagine con il quadro psicologico e la dieta verrà inviato via email all'indirizzo indicato nel form oppure con corriere UPS in 24/48 h.

ANAGRAFICA PAZIENTE

Data

Nome:

Cognome:

Attività lavorativa:

Indirizzo email:

1 Et :

3 Altezza (in cm):

2 Peso (effettuato nel primo mattino a digiuno) :

3 Costituzione fisica: -esile -normale -robusta

4 In passato ha eseguito delle diete?

NO SI

5 Se SI, con farmaci?

NO SI

VALORI EMATICI DI CONTROLLO (SE SI CONOSCONO)

GLICEMIA:

COLESTEROLO TOT:

LDL:

HDL:

TRIGLICERIDI:

AZOTEMIA:

GAMMA GT:

GOT:

GPT:

Altro:

6 Qualcuno nella sua famiglia (genitori, zii, nonni, fratelli e/o sorelle)  /era affetto da:

Diabete tipo 1

NO SI

Colesterolo

NO SI

Diabete tipo 2

NO SI

Trigliceridi

NO SI

Iperensione

NO SI

Iperuricemia

NO SI

Epatite

NO SI

Celiachia

NO SI

Ipo/Ipertiroidismo

NO SI

7 Svolge attivit  fisica?

NO SI

Se SI, quale?

Quante ore alla settimana?

8 Fuma?

SI NO

Se SI Quante sigarette/die?

9 Come   la sua digestione? Buona

Lenta

Altro:

DATI METABOLICI PAZIENTE

10 Presenta intolleranze alimentari? NO SI Se SI, a che cosa?

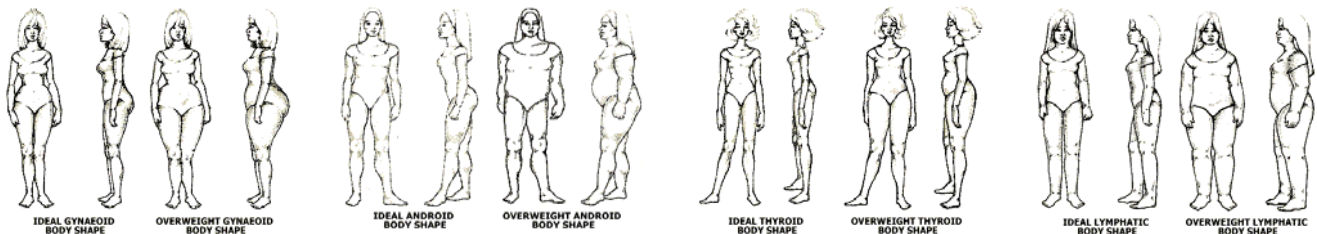
11 Ha avuto accertamenti per Eventuali patologie ? (Sottolineare la patologia presente)

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------|
| 1)Ipertensione arteriosa | 2)Malattie cardiovascolari | 3)Ip colesterolemia |
| 4)Ipertigliceridemia | 5)Ip eruricemia | 6)Diabete |
| 7)Ip o/Ip ertiroidismo | 8)Calcolosi Biliare o Renale: | 9)Epatopatie: |
| 10)Celiachia | Altro: | |

12 Sta assumendo dei farmaci e/o degli integratori alimentari? NO SI Se SI, quali?

Indichi la tua conformazione fisica :

Androide Ginoide Tiroide Linfatico



13 Quante porzioni di frutta consuma al giorno? Solo Mattina Mattina/Sera Solo Sera

14 Quante porzioni di verdura consuma al giorno? Solo Mattina Mattina/Sera Solo Sera

15 Ha le vene varicose? NO SI

16 Preferisce il DOLCE O SALATO?

17 E' Stitica? NO SI

18 E' Ansiosa o Nervosa? SI NO

Se si che alimenti mangia quando è nervosa? Dolci o Salati

19 Ha cellulite? NO SI

20 Si forma aria nella pancia: SI NO

21 Quanta acqua beve nell'arco della giornata? (in litri): - 1 LT o + 1 LT

22 Tra pane e pasta cosa preferisce?

23 Mangia velocemente a tavola ? NO SI

24 Si è MAI alzata di notte per mangiare? NO SI

25 E' in menopausa ? SI NO Se si da che età ? _____anni

26 E da quando è in menopausa quanti Kg ha aggiunto al suo peso ? _____Kg

VALUTAZIONE PSICOMETRICA

(Questa parte sarà valutata dalla nostra psicologa, che rilascerà un profilo psicologico che allegheremo al programma nutrizionale)

SEI VENUTA QUI PERCHE' ?	VERO	FALSO
Ti vedi Brutta		
Vuoi migliorare il tuo aspetto		
hai qualche disturbo		
ti senti a disagio con gli altri		
ti senti più seguita		
ti hanno spinto i familiari		
ti senti compresa		
pensi di trovarti a tuo agio		
ti hanno parlato bene di noi		

IL TUO PESO				
COME RITIENI IL TUO PESO	NORMALE	SODDISFACENTE	INSODDISFACENTE	MOLTO INSODD.
TI SENTI OBESO O IN SOVV.	SI	NO		
ETA' INSORGENZA SOVRP.	PRIMA DEI 10 ANNI	TRA I 10 ED I 15	TRA I 15 ED I 25	DOPO IL MATRIM
CI SONO STATI EVENTI SCATENANTI	SI	NO		
HAI AVUTO NEGLI ULTIMI ANNI EVENTI DI INGRASSO E DIMAGRIMENTO	SI	NO		
TI SENTI	BEN ACCETTATA	POCO ACCETTATA DAL PARTNER	POCO ACCETTATA DAGLI AMICI	POCO ACCETTATA DALLA FAMIGLIA
NOTE				

INDAGINE ALIMENTARE “ RECALL 24 ORE”

COMPILARE IL SEGUENTE FORM INDICANDO LE PROPRIE
FREQUENZE SETTIMANALI

COLAZIONE

Caffè si no Caffè n° ____/die Zucchero ____

Latte si no ____gr (intero) (parz. Screm) (Scremato)

Yogurt si no ____

Cereali ____ Fette Biscottate n° ____ Biscotti n° ____

Merendine n° ____ Altro ____

Marmellata si no Miele si no Nutella si no

Porzione Media	La sua porzione media è		
	+	=	-
Max 2/die			
150 ml			
1/ die			
30 gr/ 3 / 3			
1/die			
10 gr			

SPUNTINO

PRANZO

A casa ____/7gg A Ristorante ____/7gg A mensa ____/7gg

1°Piatto: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

2°Piatto: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

Contorno: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

Pane: si no a volte ____ Fette Frequenza ____/ 7giorni

Frutta: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

SPUNTINO

CENA

A casa ____/7gg A Ristorante ____/7gg A mensa ____/7gg

1°Piatto: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

2°Piatto: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

Contorno: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

Pane: si no a volte ____ Fette Frequenza ____/ 7giorni

Frutta: si no a volte Frequenza ____/ 7giorni

INDAGINE ALIMENTARE “ RECALL 24 ORE”

COMPILARE IL SEGUENTE FORM INDICANDO LE FREQUENZE SETTIMANALI

Pizza: si no ___ /7gg _

Bibite: gasate si no _/ 7gg _cc vino: si no _/ 7gg _cc

Birra: si no _/ 7gg _cc alcolici si no ___/7gg ___cc

Dolci: si no _____/7 gg solo in occasioni particolari _____/7gg _

Pasticcini: si no Gelati: _____

Nutella _____ Merendine n° _____ Biscotti n° _____ Altro _____

1°Piatto:

Pastai semola al sugo

Pasta e legumi

Legumi Assoluti

Pasta integrale

Pasta con verdure

Minestrone

Pasta condita

Riso

Frequenza Media Settimanale	Frequenza media è			Porzione Media	La sua porzione media è		
	+	=	-		+	=	-
1 volta				50-60 gr			
1-2 volte				30+60 gr			
2-3 volte				50-60 gr			
1-2 volte				55-65 gr			
1-2 volte				30 gr + a volontà			
2 volte				150 gr senza pasta			
1 volta				50 gr			
2 volte				50 gr			

2°Piatto:

Carne rossa:

Carne Bianca

Carne di Maiale

Pesce Azzurro e bianco

Uova

Latticini

Formaggi

Prosciutto crudo e cotto

Insaccati

Tonno in scatola

Frequenza Media Settimanale	Frequenza media è			Porzione Media	La sua porzione media è		
	+	=	-		+	=	-
1 volta				150 gr			
1-2 volte				150 gr			
1 volta				150 gr			
2-3 volte				150-200 gr			
1 volta				1 uovo			
1 volta				100 gr			
1 volta				60-80 gr			
1 volta				50-60 gr			
1 volta				40-50 gr			
1-2 volte				80 gr			

OLIO: _____gr/die SALE:

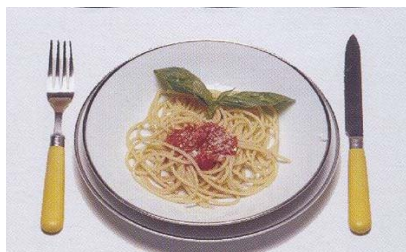
Il nucleo familiare da quante persone è composto?

Quanto dura 1 Lt di Olio :

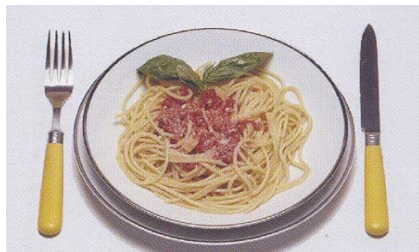
Controlla le tue Proporzioni.

Indicaci qual è il tuo piatto quotidiano (nelle dimensioni) e secondo te qual è il suo peso.

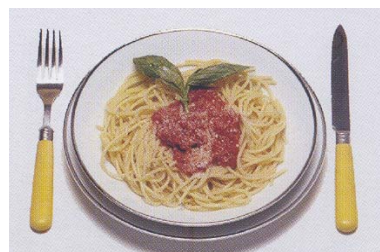
PASTA



A



B



C

INDICARE IL PIATTO CHE COME DIMENSIONI SI AVVICINA AL LA SUA PORZIONE QUOTIDIANA: _____

INDICARE IL PIATTO D, SECONDO LEI, QUANTI GRAMMI PESA: _____gr

INDICARE INOLTRE SE IL PIATTO C e F SONO DELLO STESSO PESO: **SI** **NO**



D



E



F

Dichiarazione di consenso per la raccolta dei Dati Personali (ex art. 13 D.lgs. 196/2003)

Il sottoscritto nato aile residente.....

.....a.....

È stato informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge **ex art. 13 D.lgs. 196/2003** concernente “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” autorizza il Centro di PsicoNutrizione, nonché il personale collaboratore dei suddetti sanitari a raccogliere, registrare ed utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura, a fini sanitari, a fini amministrativi e fiscali.

E' a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento.

Firma dell'interessato per accettazione

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desidero informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le fornisco le seguenti informazioni:

I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- Definizione dei fabbisogni nutrizionali.
- Elaborazione del piano alimentare personalizzato ed eventuali successive rettifiche.
- Monitoraggio dei risultati.
- Fatturazione dei corrispettivi di prestazione e gestione contabilità.

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:

- Registrazione e consultazione su Cartelle cartacee.
- Elaborazioni ed annotazioni su computer in forma anonima; l'anonimato è garantito dall'uso di codici identificativi, che solo il titolare può decifrare e la cui chiave è conservata insieme all'archivio cartaceo.

3. Il conferimento dei dati è necessaria per il corretto espletamento della prestazione sanitaria da lei richiesta, l'eventuale rifiuto di fornire tali dati impedirebbe l'esecuzione della medesima.

4. I dati potranno essere comunicati al suo medico di medicina generale, unicamente ai fini dell'espletamento della prestazione sanitaria richiesta, e, relativamente ai dati anagrafici, al ragioniere commercialista per la gestione della contabilità.

I dati in questione non saranno oggetto di diffusione.

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", nella fattispecie i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute.

Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dall'Autorizzazione generale del Garante n. 2/2004, ha le seguenti finalità:

- Definizione dei fabbisogni nutrizionali.
- Elaborazione del piano alimentare personalizzato ed eventuali successive rettifiche.
- Monitoraggio dei risultati.

sarà effettuato con le seguenti modalità:

- Registrazione e consultazione su Cartelle cartacee.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione.

La informiamo che il conferimento dei dati è necessaria per il corretto espletamento della prestazione sanitaria da lei richiesta, l'eventuale rifiuto di fornire tali dati impedirebbe l'esecuzione della prestazione.

5. Il titolare e responsabile del trattamento è il Centro di PsicoNutrizione, via dario fiore, 82 AFRAGOLA (NAPOLI)

6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003,