



Questionari sul protocollo nutrizionale

Dati personali

cognome: _____

tel.: _____

come: _____

fax: _____

strada: _____

e-mail: _____

CAP, città: _____

data: _____

Per donne:

in gravidanza ja nein

allattamento ja nein

Data di nascita? _____

altezza: ____ m, peso: ____ kg

lavoro / tempo libero

Che lavoro fa? _____

Lavoro a turni? _____

La loro attività professionale è prevalentemente fisica non faticoso

meno faticoso

faticoso

molto faticoso

Quante volte fa sport in media a settimana? mai

una volta

due o tre volte

più di tre volte

Quali attività sportive pratica regolarmente?



soddisfazione / stress

Lei è sotto stress costante sul lavoro?

- quasi sempre
- spesso
- tante volta
- raro

Lei è soddisfatto professionalmente e privatamente?

- molto spesso
- spesso
- meno spesso
- raro

Fattori di rischio / malattie

Lei è allergico agli ingredienti / alimenti?

- si,
- no

In caso affermativo, quali: _____

Ha un'intolleranza al lattosio?

- si
- no

Quanto ha il colesterolo?	<input type="checkbox"/> sotto 200 mg/dl <input type="checkbox"/> tra 200 mg/dl – 240 mg/dl <input type="checkbox"/> più di 240 mg/dl <input type="checkbox"/> non lo so _____ valore esatto
---------------------------	--

Qual è il Suo livello di trigliceridi?	<input type="checkbox"/> sotto 150 mg/dl <input type="checkbox"/> tra 150 mg/dl – 200 mg/dl <input type="checkbox"/> più die 200 mg/dl <input type="checkbox"/> non lo so _____ valore esatto
--	---



Lei è diabetico?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
------------------	--

Qual è il livello di zucchero nel sangue (a digiuno)?	<input type="checkbox"/> sotto 100 mg/dl <input type="checkbox"/> tra 100 mg/dl – 120 mg/dl <input type="checkbox"/> più di 120 mg/dl <input type="checkbox"/> non lo so _____ valore esatto
---	--

Quant'è l'acido urico nel sangue?	
Per le donne: <input type="checkbox"/> fino a 5,7 mg/dl <input type="checkbox"/> fino a 6,4 mg/dl <input type="checkbox"/> più di 6,4 mg/dl <input type="checkbox"/> non lo so _____ valore esatto	Per gli uomini <input type="checkbox"/> fino a 7,0 mg/dl <input type="checkbox"/> fino a 8,2 mg/dl <input type="checkbox"/> più di 8,2 mg/dl <input type="checkbox"/> non lo so _____ valore esatto

Qual è la Sua pressione sanguigna?	<input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> non lo so _____ valore esatto
------------------------------------	--

Altre malattie / lamentele per malattie?

Integratori alimentari / farmaci

Prende integratori alimentari come le compresse vitaminiche o minerali?

- sì,
- no

In caso affermativo, quali: _____

Prende attualmente farmaci?

- sì
- no



In caso affermativo, quali:

quanto spesso?

Alimentazione

Che importanza ha per lei l'alimentazione?

- molto importante
- importante, ma non di massima priorità
- non così importante
- poco importante

Quanti pasti mangia di solito al giorno?

- 1 - 2 pasti
- 2 - 3 pasti
- 3 - 4 pasti
- 5 e più pasti
- molto diversi

Come descriverebbe il suo comportamento alimentare?

- più regolarmente
- piuttosto irregolare

È stato a dieta?

- sì
- no

In caso affermativo, quante volte?

- 1 - 3
- 4 - 6
- più di 6

Grazie mille per l'informazione.