



sangiovanni
Centri Medici

QUESTIONARIO SINTOMATOLOGIE

NOME: COGNOME:

DATA DI NASCITA:/...../.....

PESO: Kg

ALTEZZA: cm

RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE METTENDO UNA CROCETTA SU 'SI' o 'NO'
SE LA RISPOSTA È POSITIVA, INDICARE CON UNA CROCETTA IL LIVELLO IN CUI SI SENTE
COLLOCATO/A NELLA SCALA DA 1 A 10

- Soffre da tempo di stanchezza o affaticamento persistente?

SI NO

Se sì, da 1 a 10 quanto?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Ha da tempo disturbi del tono dell'umore?

SI NO

Se sì, da 1 a 10 quanto?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Soffre da tempo di insonnia persistente o di risvegli notturni?

SI NO

Se sì, da 1 a 10 quanto?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Soffre da tempo di sonnolenza persistente durante la giornata?

SI NO

Se sì, da 1 a 10 quanto?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



- Si sente da tempo un soggetto ansioso?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Si sente da tempo un soggetto apatico?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Soffre di attacchi di panico?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Percepisce a riposo alterazioni del battito cardiaco (aritmie o tachicardie)?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Ha notato da tempo modificazioni dell'appetito (fame eccessiva o mancanza d'appetito)?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Soffre di attacchi di fame notturni?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Soffre da tempo di acidità e dolori di stomaco, senso di pienezza, gonfiore dopo i pasti o nausea?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Soffre da tempo di colon irritabile?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Soffre a periodi di stitichezza persistente o alvo alterno?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



- Ha spesso mani e piedi freddi?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Soffre di alterazione della sudorazione durante il sonno?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Si veglia spesso di cattivo umore?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Prova di frequente un senso di colpa ingiustificato?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Incontra difficoltà nel provare piacere o sollievo in seguito a fatti positivi?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Ha riscontrato una decisa perdita di peso negli ultimi mesi?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Quando si sveglia al mattino percepisce l'assenza dello stimolo della fame?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Ha mai eseguito diete a restrizione calorica? Se sì, quanto spesso?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Ha da tempo problemi di memoria?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Ha da tempo difficoltà a concentrarsi?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



- Ha notato una sua scarsa capacità di giudizio?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Vede da tempo tutto negativo?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Ha pensieri che ricorrono costantemente?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- È da tempo in uno stato di costante preoccupazione?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Ha da tempo dolori persistenti?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Soffre da tempo di nausea o vertigini?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Ha raffreddori frequenti?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Percepisce da tempo stati di irritabilità o irascibilità?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Percepisce da tempo uno stato di agitazione e/o incapacità di rilassarsi?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



- Si sente da tempo sopraffatto?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Percepisce da tempo uno stato di solitudine e/o isolamento?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Percepisce da tempo uno stato di malinconia e/o infelicità generale?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Dorme troppo o troppo poco?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Ha la tendenza a isolarsi dagli altri?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Ha la tendenza a procrastinare o trascurare le responsabilità?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Fa uso da tempo di sigarette, bevande o cibi per rilassarsi?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Ha sviluppato da tempo abitudini nervose (es. mangiarsi le unghie)?

SI NO Se sì, da 1 a 10 quanto?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



FARMACI CHE ASSUME ABITUALMENTE:

.....

.....

.....

QUANTI LITRI DI ACQUA BEVE AL GIORNO (ALL'INCIRCA)?

.....

A CHE ORA FA COLAZIONE? E COSA MANGIA SOLITAMENTE?

.....

.....

NEL CORSO DELLA MATTINATA, A CHE ORA FA MERENDA? E COSA MANGIA SOLITAMENTE?

.....

.....

A CHE ORA PRANZA? E COSA MANGIA SOLITAMENTE?

.....

.....

NEL CORSO DEL POMERIGGIO, A CHE ORA FA MERENDA? E COSA MANGIA SOLITAMENTE?

.....

.....

A CHE ORA CENA? E COSA MANGIA SOLITAMENTE?

.....

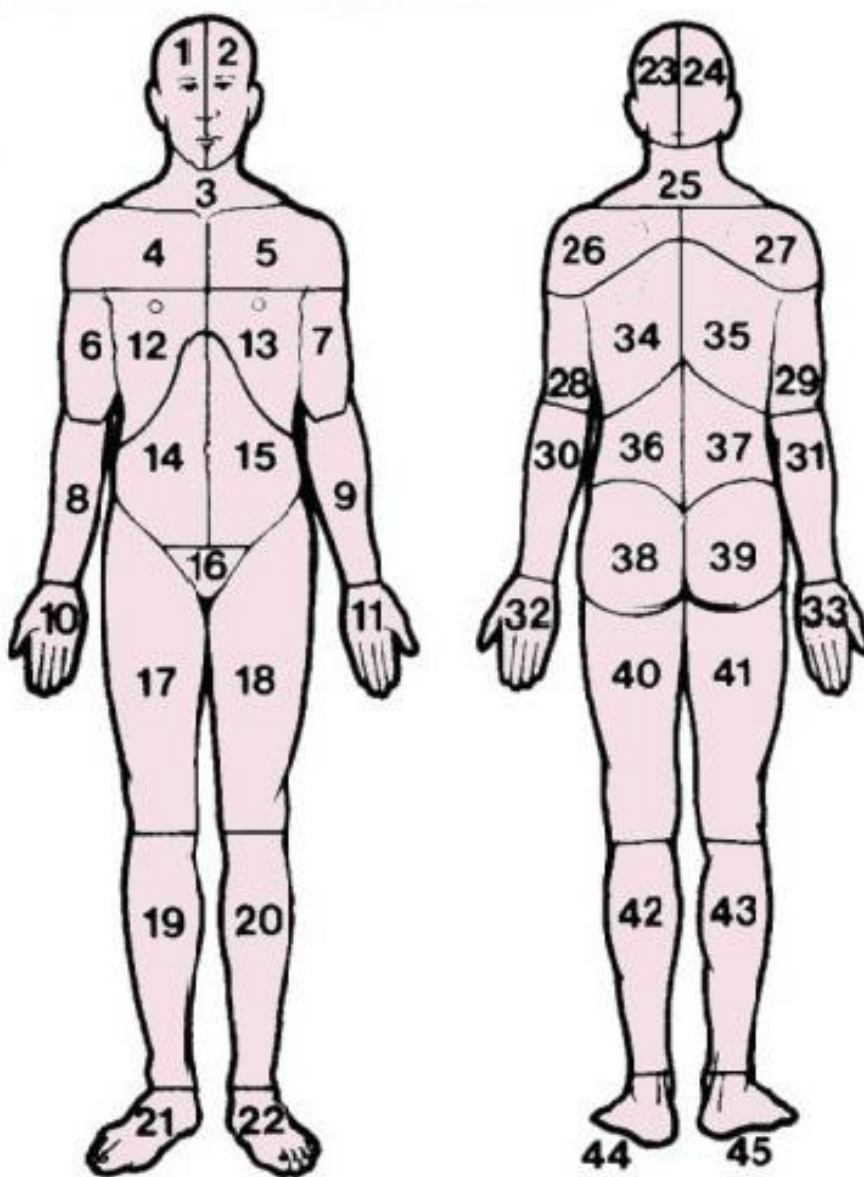
.....



Le Caselle numerate identificano una zona del corpo come nell'immagine.

Contrassegnare le zone in cui ha provato dolore nell'ultimo mese:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 31 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 32 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 33 |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 34 |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 35 |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 36 |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 37 |
| <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 38 |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 39 |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 40 |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 41 |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 42 |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 43 |
| <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 44 |
| <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 45 |



- Valuti la gravità dei dolori avuti nella scorsa settimana.

Nessun Dolore **0** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Massimo Dolore



- Durante la settimana scorsa quanto spesso la sua salute fisica ha interferito con la sua attività lavorativa, ricreativa o sociale?

- Nessuna parte del tempo
- Una piccola parte del tempo
- Parte del tempo
- La maggior parte del tempo
- Tutto il tempo

- Quanto spesso ha avuto dolori addominali negli ultimi 3 mesi?

- Mai
- Meno di 1 giorno al mese
- 2-3 giorni al mese
- 1 giorno alla settimana
- 2-3 giorni alla settimana
- La maggior parte dei giorni
- Ogni giorno
- Più volte al giorno o tutto il tempo

- Quanto spesso il dolore addominale si è verificato vicino, poco prima, durante o subito dopo un movimento intestinale?

Mai Sempre

- Quanto spesso le feci hanno assunto una diversa consistenza rispetto al solito (più molli o più dure), in concomitanza col dolore?

Mai Sempre

- Quanto spesso è cambiata la frequenza della defecazione (più o meno frequente quando si presentava il dolore)

Mai Sempre

- Il dolore è presente da almeno 6 mesi?

Mai Sempre



SELEZIONARE LE PATOLOGIE, I DISTURBI E GLI STATI CLINICAMENTE
CONFERMATI.

- Assenza di disturbi e patologie note
- Disturbi e/o patologie cardiovascolari
- Sindrome metabolica
- Disturbi e/o patologie psicologiche
- Patologie maligne
- Disturbi e/o patologie infiammatorie croniche
- Espressioni e/o patologie autoimmuni
- Disturbi e/o patologie dell'invecchiamento
- Stress cronico
- Disturbi e/o patologie gastrointestinali
- Allergie alimentari
- Allergie inalatorie o da contatto
- Intolleranza al glutine
- Intolleranza al lattosio

ATTUALMENTE È IN UNO STATO DI:

- Gravidanza
- Post gravidanza (fino a 6 mesi dal parto)
- Allattamento



QUAL È IL SUO LIVELLO DI ATTIVITÀ FISICA?

- NON PRATICA REGOLARMENTE ATTIVITÀ FISICA O SPORTIVA (Se rientra in questa categoria, scegliere tra le 2)
 - Evita di camminare o di fare fatica fisica (per esempio usa sempre l'ascensore, quando possibile utilizza l'automobile al posto di camminare)
 - Cammina volentieri, normalmente utilizza le scale, occasionalmente compie sforzo sufficiente a causare una respirazione pesante o sudorazione

- PRATICA REGOLARMENTE ATTIVITÀ PREVALENTEMENTE ANAEROBICHE: LAVORI O ATTIVITÀ CHE RICHIEDONO UNA MODESTA ATTIVITÀ FISICA (PER ESEMPIO GOLF, EQUITAZIONE, GINNASTICA, TENNIS DA TAVOLO, BOWLING, SOLLEVAMENTO PESI) (Se rientra in questa categoria, scegliere tra le 2)
 - Per un tempo che va da 10 a 60 minuti alla settimana
 - Per un tempo superiore a 60 minuti alla settimana

- PRATICA REGOLARMENTE ATTIVITÀ PREVALENTEMENTE AEROBICHE: ESERCIZIO FISICO PESANTE (PER ESEMPIO CORSA, NUOTO, CICLISMO, CORSA SUL POSTO) OPPURE INTENSA ATTIVITÀ AEROBICA (PER ESEMPIO TENNIS, BASKET, PALLAMANO) (Se rientra in questa categoria, scegliere tra le 4)
 - Corre per una distanza inferiore a 2 km settimanali o pratica un'attività fisica equivalente per un tempo inferiore a 30 minuti settimanali.
 - Corre per una distanza che va da 2 km a 8 km settimanali o pratica un'attività fisica equivalente per un tempo che va da 30 minuti a 60 minuti settimanali.
 - Corre per una distanza che va da 8 km a 16 km settimanali o pratica un'attività fisica equivalente per un tempo che va da 1 ora a 3 ore settimanali.
 - Corre per una distanza superiore a 16 km settimanali o pratica un'attività fisica equivalente per un tempo superiore a 3 ore settimanali.

