

SCHEDA ANAMNESI

1. DATI ANAGRAFICI

NOME	_____
COGNOME	_____
DATA DI NASCITA	_____
CODICE FISCALE	_____
INDIRIZZO (VIA, CAP, COMUNE, PROVINCIA)	_____
CELLULARE	_____
EMAIL	_____

2. ANAMNESI GENERALE

SOFFRI DI QUALCHE PATOLOGIA?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - seleziona (una o più voci): <input type="checkbox"/> Cardiovascolare <input type="checkbox"/> Metabolica/Diabete <input type="checkbox"/> Tiroidea <input type="checkbox"/> Ortopedica/muscolo-scheletrica <input type="checkbox"/> Respiratoria <input type="checkbox"/> Neurologica <input type="checkbox"/> Autoimmune <input type="checkbox"/> Lipedema <input type="checkbox"/> Linfedema <input type="checkbox"/> Endometriosi <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Altra: _____
CHE TIPO DI LAVORO SVOLGI?	<input type="checkbox"/> Prevalentemente sedentario (ufficio, scrivania) <input type="checkbox"/> In piedi / misto (vendita, insegnamento...) <input type="checkbox"/> Fisicamente impegnativo (manuale, logistica...)
QUANTE ORE AL GIORNO LAVORI?	<input type="checkbox"/> < 4 h <input type="checkbox"/> 4-6 h <input type="checkbox"/> 6-8 h <input type="checkbox"/> > 8 h
CHE TIPO DI ESERCIZIO FISICO SVOLGI ATTUALMENTE?	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Camminate <input type="checkbox"/> Palestra (pesi / macchine) <input type="checkbox"/> Corsa / ciclismo <input type="checkbox"/> Yoga / Pilates <input type="checkbox"/> Sport di squadra <input type="checkbox"/> Altro: _____ Da quanto: <input type="checkbox"/> < 3 mesi <input type="checkbox"/> 3-12 mesi <input type="checkbox"/> > 1 anno
SE NON SVOLGI ESERCIZIO, DA QUANTO SEI INATTIVA?	<input type="checkbox"/> < 3 mesi <input type="checkbox"/> 3-12 mesi <input type="checkbox"/> 1-3 anni <input type="checkbox"/> > 3 anni

TEMPO DISPONIBILE PER ALLENARTI A SETTIMANA?	<input type="checkbox"/> < 2 ore <input type="checkbox"/> 2-3 ore <input type="checkbox"/> 3-5 ore <input type="checkbox"/> > 5 ore
COME DEFINIRESTI IL TUO STILE DI VITA?	<input type="checkbox"/> Sedentario <input type="checkbox"/> Mediamente attivo <input type="checkbox"/> Attivo
QUANTO SEI MOTIVATA A INTRAPRENDERE QUESTO PERCORSO?	<input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco
QUAL È IL TUO OBIETTIVO PRINCIPALE?	<input type="checkbox"/> Dimagrimento <input type="checkbox"/> Estetico <input type="checkbox"/> Funzionale / Salute <input type="checkbox"/> Tonificazione <input type="checkbox"/> Gestione dello stress
SEI SEGUITA DA UNO SPECIALISTA DELLA NUTRIZIONE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - da quanto: <input type="checkbox"/> < 6 mesi <input type="checkbox"/> 6-12 mesi <input type="checkbox"/> > 1 anno
CHE TIPO DI ALIMENTAZIONE STAI SEGUENDO?	<input type="checkbox"/> Mediterranea <input type="checkbox"/> Low carb <input type="checkbox"/> Chetogenica <input type="checkbox"/> Vegetariana / Vegana <input type="checkbox"/> Altra: _____ <input type="checkbox"/> Nessun piano specifico
HAI MAI SOFFERTO / SOFFRI DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
CICLO MESTRUALE	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Non regolare <input type="checkbox"/> In uso di pillola

3. ANAMNESI MEDICA

SEI IN MENOPAUSA?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - da quanto: <input type="checkbox"/> < 1 anno <input type="checkbox"/> 1-3 anni <input type="checkbox"/> > 3 anni
SOFFRI DI INSUFFICIENZA VENOSA O ARTERIOSA?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - è diagnosticata da un medico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
SOFFRI DI STASI LINFATICA DIAGNOSTICATA DA UN MEDICO?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
ASSUMI FARMACI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - quali: _____
HAI SUBITO LESIONI O FRATTURE IN PASSATO?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - zona: <input type="checkbox"/> Colonna <input type="checkbox"/> Spalla/braccio <input type="checkbox"/> Polso/mano <input type="checkbox"/> Anca/bacino <input type="checkbox"/> Ginocchio <input type="checkbox"/> Caviglia/piede Da quanto: <input type="checkbox"/> < 1 anno <input type="checkbox"/> 1-5 anni <input type="checkbox"/> > 5 anni

HAI DOLORI ALLA ZONA LOMBARE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - intensità: <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Forte
HAI DOLORI ALLA ZONA CERVICALE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - intensità: <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Forte
TI DEFINIRESTI IPERMOBILE O CON SCARSA MOBILITA' ARTICOLARE?	<input type="checkbox"/> Ipermobile <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Scarsa mobilità
HAI DOLORE ALLE GAMBE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - tipo: <input type="checkbox"/> Crampi <input type="checkbox"/> Pesantezza <input type="checkbox"/> Bruciore <input type="checkbox"/> Gonfiore Quando: <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Durante il giorno <input type="checkbox"/> Sera <input type="checkbox"/> Notte
HAI MAI SOFFERTO DI DEPRESSIONE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
PIEDI E MANI GENERALMENTE FREDDI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
HAI EFFETTUATO INTERVENTI CHIRURGICI IN PASSATO?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - zona: <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Colonna <input type="checkbox"/> Arti inferiori <input type="checkbox"/> Arti superiori <input type="checkbox"/> Ginecologico/ostetrico <input type="checkbox"/> Altro Da quanto: <input type="checkbox"/> < 1 anno <input type="checkbox"/> 1-5 anni <input type="checkbox"/> > 5 anni
HAI IL CONSENSO DEL MEDICO PER SVOLGERE ATTIVITA' SPORTIVA?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

4. STILE DI VITA E BENESSERE

TI SENTI STRESSATA?	<input type="checkbox"/> Per niente <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Molto
TI DEFINIRESTI UNA PERSONA TRANQUILLA O AGITATA?	<input type="checkbox"/> Tranquilla <input type="checkbox"/> Mediamente <input type="checkbox"/> Agitata
HAI FIGLI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - quanti: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > 3 Tipo di parto: <input type="checkbox"/> Naturale <input type="checkbox"/> Cesareo <input type="checkbox"/> Entrambi
HAI PROBLEMI DI DIASTASI O TONO DEL PAVIMENTO PELVICO?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: <input type="checkbox"/> Diastasi <input type="checkbox"/> Iperono <input type="checkbox"/> Ipotono <input type="checkbox"/> Non so / da valutare

SOFFRI DI PROBLEMATICHE INTESTINALI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì: <input type="checkbox"/> Stitichezza <input type="checkbox"/> Gonfiore/gas <input type="checkbox"/> Intestino irritabile <input type="checkbox"/> Reflusso <input type="checkbox"/> Altra
HAI IL SEGNO DEL CALZINO (EDEMA)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - presente al mattino appena sveglia? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Peggiora durante il giorno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
QUANTA ACQUA BEVI AL GIORNO?	<input type="checkbox"/> < 1 L <input type="checkbox"/> 1-1,5 L <input type="checkbox"/> 1,5-2 L <input type="checkbox"/> > 2 L
PRENDI INTEGRATORI ALIMENTARI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
HAI DOLORI AI PIEDI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
PORTI CALZE A COMPRESSIONE GRADUATA?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
RIESCI A DORMIRE BENE DI NOTTE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Ti senti riposata al risveglio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
FUMI?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì - sigarette al giorno: <input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 10-20 <input type="checkbox"/> > 20

5. PREFERENZE DI ALLENAMENTO

QUAL È LA PARTE DEL CORPO CHE TI PIACE MENO?	<input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Fianchi/glutei <input type="checkbox"/> Cosce <input type="checkbox"/> Braccia <input type="checkbox"/> Schiena <input type="checkbox"/> Polpacci <input type="checkbox"/> Altra: _____
QUAL È LA PARTE DEL CORPO CHE TI PIACE DI PIU'?	<input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Fianchi/glutei <input type="checkbox"/> Cosce <input type="checkbox"/> Braccia <input type="checkbox"/> Schiena <input type="checkbox"/> Polpacci <input type="checkbox"/> Altra: _____
PREFERISCI ALLENAMENTI AEROBICI O DI RESISTANCE TRAINING?	<input type="checkbox"/> Aerobici <input type="checkbox"/> Resistance training <input type="checkbox"/> Entrambi <input type="checkbox"/> Nessuna preferenza
TI PIACE CAMMINARE?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
RIESCI A STARE IN GINOCCHIO O A INCROCIARE LE GINOCCHIA DA SEDUTA?	<input type="checkbox"/> Sì, entrambe <input type="checkbox"/> Solo in ginocchio <input type="checkbox"/> Solo incrociare <input type="checkbox"/> No
QUALI ATTREZZI HAI A DISPOSIZIONE (SE TI ALLENI DA CASA)?	<input type="checkbox"/> Nessuno

- Manubri / pesi liberi
- Elastici / bande
- Tapis roulant
- Cyclette / vogatore
- Panca / rack
- Altro: _____

6. DATI GENERALI

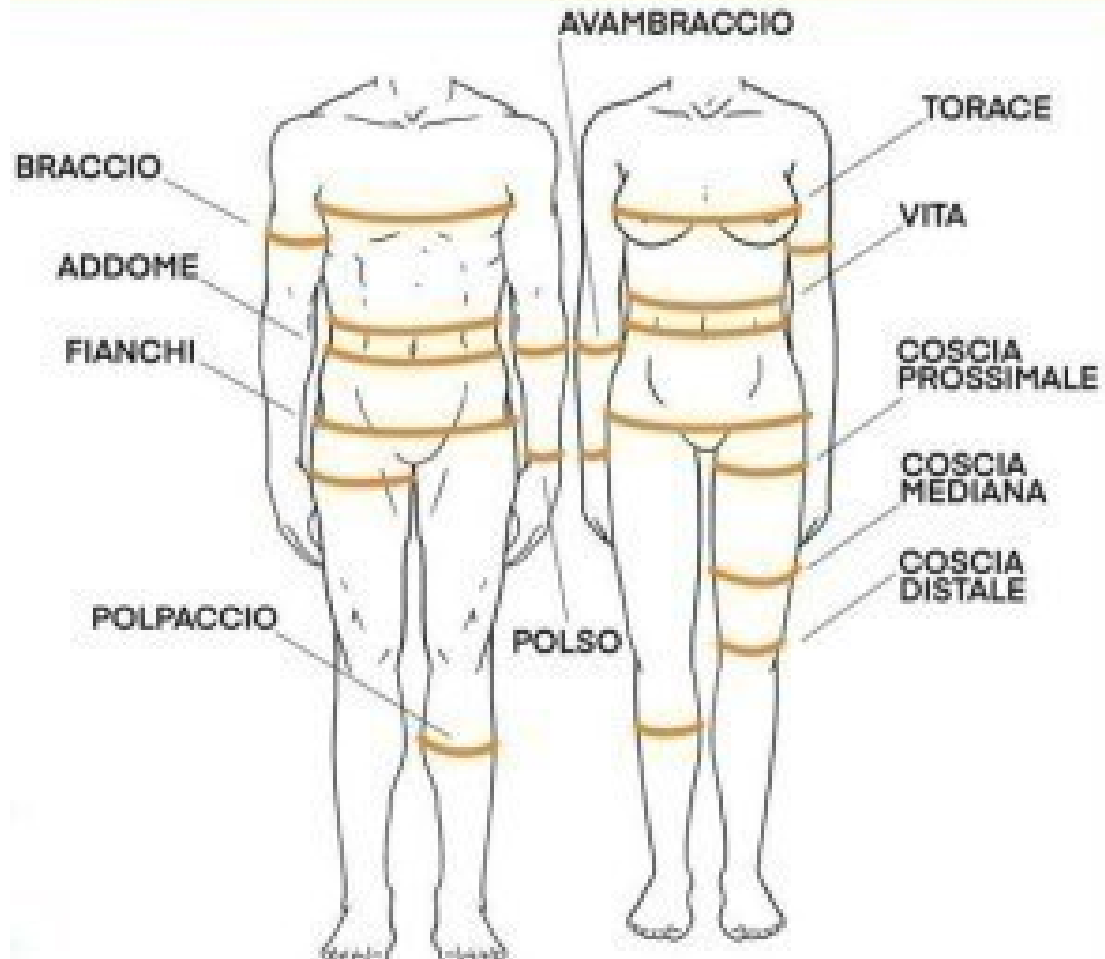
DATA COMPILAZIONE _____

PESO (kg) _____

ALTEZZA (cm) _____

MISURE ANTROPOMETRICHE

CIRCONFERENZE CORPOREE



*nella seconda pagina troverai le indicazioni sul come prendere le misure

