

LA SCHEDA DEL PAZIENTE

Data.....

Nome	
------	--

Cognome	
---------	--

Data di nascita	
-----------------	--

Via	
-----	--

Numero postale di avviamento (Svizzera) o codice di avviamento postale (Italia) / comune di residenza	
---	--

Numero di telefono	
--------------------	--

Attività professionale	
------------------------	--

Stato civile	
--------------	--

Assicurazione	
Informazioni specifiche relative al rimborso tramite l'assicurazione	

Per i bambini: nome della madre o del padre	
---	--

Elementi a cui prestare particolare attenzione	
--	--

Motivo del consulto	
---------------------	--

Funzioni di base	
Stato d'animo / psiche	benessere generale, ansia, paure, stimoli, umore depresso
Sfera sociale e lavorativa	luogo di lavoro, luogo di residenza, famiglia, relazioni
Digestione	caratteristiche delle feci, flatulenza, vomito, intolleranze alimentari
Appetito / fame	cibi preferiti, cibi sgraditi, orario dei pasti, quantità di cibo assunto, senso di sazietà
Sete	bevande preferite, quantità, temperatura di assunzione delle bevande preferite, consumo di alcol e caffè
Minzione	nicturia, incontinenza, quantità di urina espulsa, frequenza, odore
Sonno	disturbi dell'addormentamento e del mantenimento del sonno, sudorazione notturna, sogni
Mestruazioni	durata e ritmo del ciclo, dismenorrea, perdite ematiche intermestruali, menopausa, pillola, spirale o simili
Gravidanze	comprese le peculiarità emerse durante le gravidanze precedenti

Sfera sessuale	livello di soddisfazione, libido, dolore
Pelle	prurito, eruzioni cutanee, peli, cicatrici, nei, alterazioni della sensibilità
Schiena, articolazioni	dolori, riduzione della mobilità, caratteristiche del dolore
Testa	sono presenti dolori? quando insorgono? cosa li causa? caratteristiche, vertigini, capacità di concentrazione
Sudorazione	quantità, area, odore, temperatura
Bilancio termico	sensazione di calore, brividi, parti del corpo fredde o molto calde, vampate di calore
Funzioni vegetative	simpaticotonia, vagotonia, distonia
Vie respiratorie	respirazione nasale/orale, tosse, muco, rumori, tendenza a russare
Apparato cardiocircolatorio	irrorazione sanguigna, disturbi venosi, emorroidi
Vaccini	quali? quando? eventuali reazioni?
Terapie precedenti e/o in corso	tipo di terapia? quando? risultati?

Abitudini alimentari

Fattori di rischio – allergie – malattie pregresse

Fattori di rischio

Allergie (soprattutto quelle ai medicinali e alle piante)

Malattie pregresse / malattie contratte durante l'infanzia	
--	--

Operazioni chirurgiche	
---------------------------	--

Anamnesi familiare

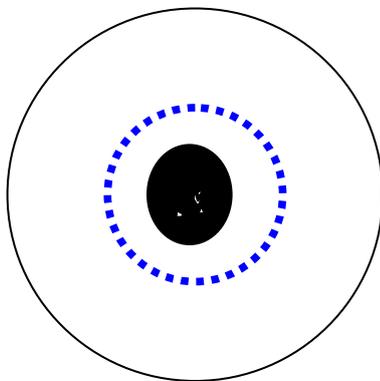
Quali familiari hanno sofferto di quali malattie?	
---	--

Analisi naturopatica

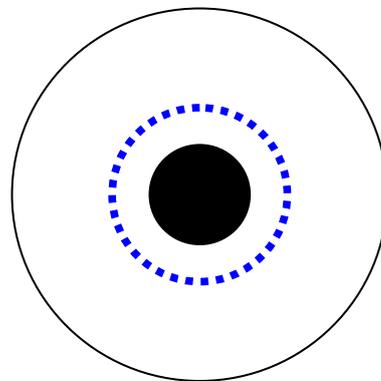
Polso	
Pressione arteriosa	
Lingua	
Urina	
Aspetto esteriore	
Altro	

<p>Viso</p>	
<p>Esame obiettivo (si veda la <i>Guida ai metodi di vista clinica</i>)</p>	

Esame degli occhi



destra



sinistra

<p>Caratteristiche costituzionali</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
---------------------------------------	--

Trattamenti	
-------------	--

Ricette	
---------	--