

Elizabeth Bright, ND, DO, MICO
Osteopata, Endocrinologo Naturopatico
www.elizabethbright.co

Via Roma 166 - 3° piano
18038 SANREMO (IM)
elizbmattia@gmail.com
Tel. (+39) 320.782.3445

Immettere tutte le informazioni supplementari riguardanti disturbi, farmaci / vitamine, operazioni / incidenti includendo date approssimative. Utilizzare un foglio aggiuntivo di carta, se necessario.

Rileggere dopo il completamento. Se qualcosa di importante è stato ommesso in questo modulo che si sente dovrei sapere, si prega di aggiungere.
Scrivere chiaramente in stampatello

Tutte le informazioni acquisite o date ad un cliente sono sotto la massima riservatezza.

Nome:

Indirizzo:

.....

Codice Fiscale:

Cellulare.....

Indirizzo mail.....

Data di nascita: Giorno Mese Anno

Età: Sesso: Altezza: Peso:

Occupazione

..

Data prima visita.....

Elencare qui di seguito eventuali disturbi attuali che avete in ordine di importanza.

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

Quale è la cosa migliore che ti è successa nella tua vita finora?

Quale è la cosa peggiore che ti è successa nella tua vita finora?

C'è qualcosa che migliora o peggiora i tuoi problemi?

Come descriveresti le tue caratteristiche emotive? (ad esempio, allegro, ansioso, timido, fiducioso, depresso, felice, malinconico, triste, ecc.)

per BAMBINI

Qual è la disposizione emotiva del vostro bambino? (ad esempio timido, fiducioso, ansioso, ecc)

Ha mai urinato nel letto?

Il vostro bambino ha avuto convulsioni?

Il vostro bambino piange facilmente?

Come si comporta il vostro bambino a scuola?

Il vostro bambino ha difficoltà di apprendimento o ha esigenze particolari?

Il vostro bambino è irrequieto o iperattivo?

Il vostro bambino ha manifestato reazioni avverse alle vaccinazioni o farmaci ?

C'è qualcosa che rende i problemi del vostro bambino migliori o peggiori?

STORIA MEDICA

Si prega di scrivere tutto ciò che si può ricordare. Se hai una storia di diabete, epilessia o qualsiasi altra condizione simile, o se qualcun altro ne soffre in famiglia si prega di scrivere qui sotto.

Stai o hai subito qualsiasi forma di psicoterapia, psichiatria e terapia psicologica? SI/ NO. In caso affermativo si prega di fornire i dettagli e il nome e l'indirizzo del terapeuta / specialista.

Stai assumendo qualsiasi forma di farmaco per quanto sopra? SI / NO

Elencare tutte le malattie che hai avuto e le date approssimative:

Operazioni chirurgiche e date approssimative :

Elenco di tutti gli incidenti e le date approssimative:

Elencare tutte le vitamine / minerali / erbe che stai assumendo:

La storia medica da parte della famiglia di tua madre:

La storia medica da parte della famiglia di tuo padre:

Farmaci

Segna qualsiasi dei farmaci sottoelencati e descrivi da quanto tempo (adesso, 6 mesi fa, 6 anni fa)

Antiacidi (Gaviscon ecc) i medicine per il cuore

Antibiotici, lassativi, tiroide (eutirox, ecc)

Farmaci antidepressivi, litio, ulcera (Zantac, ecc)

Anti-diabetici insulino contraccettivi orali / ("la pillola") pillola del giorno dopo

Aspirina / paracetamolo, radiazione H.R.T.

Chemioterapia, sostanze

Rilassanti anti-infiammatori / cortisone / sonniferi. Quanto alcool / vino / birra / bevande alcoliche bevi al giorno?

Vitamine e Minerali.....

Fumi? Se sì, da quanto tempo Quanto? (tutti i giorni)

Bevi?.....Se sì, da quanto tempo Quanto? (tutti i giorni)

A che ora vai a dormire.....A che ora ti svegli..... Ti svegli durante la notte? A che ora?

.....

Segna se:

Non ti eserciti regolarmente.

Lavori in un edificio climatizzato

Sei esposto a sostanze chimiche sul lavoro.

Sei sotto stress eccessivo

Lutto trauma / grave negli ultimi 3 anni.

Sei esposto al fumo di sigaretta

Divorzio / separazione ecc.

Lavori in una stanza chiusa con computer / fotocopiatrice ecc.

Un esempio dell'alimentazione di un giorno regolare:

Colazione?

Quante volte nella settimana?

Quante volte al giorno?

pesce

pesce

carne

carne

carne

formaggio

Pranzo?

formaggio

noci

noci

verdure

verdure

cereali

cereali

frutta

Cena?

frutta

legumi

legumi

sale

grasso

Spuntino?

Gruppi Fisiologici

0 significa mai, nessuno. 1 significa raramente, poco. 2 significa a volte, moderato. 3 significa frequentemente o costantemente, grave. *Scrivi il totale per ogni gruppo!*

Gruppo 1

fastidio con cibi acidi

pelle d'oca

nodo in gola

bocca, naso, occhi secchi polso veloce

ferite guariscono lentamente agitato, difficoltà a

calmarti riflesso faringeo facile mentalmente

sveglio

estremità fredde, umide

luce forte irritante

poca urina

cuore batte forte da sdraiato stomaco nervoso

mancanza d'appetito

sudore freddo

febbre frequente

dolori di nevralgia

acidità di stomaco

totale _____

Gruppo 2

rigidità articolare al mattino
crampi nelle gambe, piedi
durante la notte farfalle nello
stomaco
occhi o naso acquosi
palpebre strizzano spesso
indigestione subito dopo i
pasti
palpebre gonfie
vomito frequente
raucedine frequente
respirazione irregolare
palpebre gonfie
riflesso faringeo lento
testa fra le nuvole
pelle d'oca infrequente
polso lento irregolare
difficoltà a deglutire
sudore facile
circolazione lenta
sensible al freddo
sensible alla bronchite
stipsi e diarrea alternata
totale ____

Gruppo 3

mangia quando nervoso
appetito eccessivo
fame tra i pasti
irritabile prima dei pasti
palpitazioni se non mangi
mal di testa nel pomeriggio
tanti dolci causano
indigestione
ti svegli dopo qualche ora
difficoltà a riaddormentarti
se mangi migliori
stanchezza voglia di dolci o
caffè nel pomeriggio
melanconia o depressione
voglia anomala di dolci
debolezza se pasti ritardati
agitato se hai fame
totale _____

Gruppo 4

mani e piedi si
addormentano
sospiri frequenti
respirazione pesante
difficoltà a alta altitudine
sbadigli nel pomeriggio
caviglie gonfie, spesso la

sera
crampi muscolari durante
esercizio
difficoltà a respirare durante
esercizio
lividi vengono facilmente
tendenza ad essere anemico
naso sanguinante frequente
acufene
raffreddore e influenze
frequenti
apri finestre quando chiuse
dolore nel petto che si
estende al braccio sinistro
durante esercizio
tensione nel torace
totale _____

Gruppo 5 A

giramenti di testa
pelle secca
piedi che bruciano
visione offuscata
sapore amaro, metallico
al mattino defecazione
dolorosa o difficile
eruzione cutanea
frequente insicurezza,
preoccupazioni
problemi nel digerire grassi
attacco di bile
totale ____

Gruppo 5 B

feci colore chiaro
desquamazione della cute
dei piedi
dolore tra le scapole
uso frequente di lassativi
feci morbide o acquose
alitosi
storia di calcoli biliari
attacchi di starnuti
incubi
latticini danno fastidio
sensible al clima caldo
bruciore e prurito della pelle
delle braccia
voglia di dolci
totale _____

Gruppo 6

perdita del gusto per la carne
gas nell'intestino qualche ora
dopo i pasti

bruciore dello
stomaco ,meno dopo
mangiato indigestione 1/2 -1
ora dopo
gas subito dopo mangiare
colone irritabile
gonfiore dello stomaco dopo
il pasto
totale ____

Gruppo 7 A

insonnia
nervosismo
difficoltà prendere peso
intolleranza al caldo
molto emotivo
arrossisci facilmente
sudorazioni notturne
pelle umida
tremore all' interno
palpitazioni cardiache
polso veloce a riposo
tremore delle palpebre
agitato, inquieto
non puoi lavorare sotto
pressione
totale _____

Gruppo 7 B

appetito diminuito
ti stanchi facilmente
acufene
voglia di dormire al giorno
sensible al freddo
pelle secca, screpolata
stipsi
lentezza mentale
capelli grezzi, perdita
mal di testa quando ti alzi
polso lento, sotto 65
minzione frequente
problemi udito
mancanza iniziativa
totale ____

Gruppo 7 C

perdita memoria
pressione bassa
aumento desiderio sessuale
mal di testa, emicrania
non tolleri zucchero
naso che cola
totale _____

Gruppo 7 D

sete anormale
 più voglia di zuccheri
 problemi di ciclo-donne
 amenorrea-ragazze
totale _____

Gruppo 7 E

giramento di testa
 mal di testa
 vampate di calore
 pressione alta
 crescita capelli viso (donne)
 zucchero nell'urine, non
 diabete
 tendenze maschili (donne)
totale _____

Gruppo 7 F

debolezza/giramento di testa
 stanchezza cronica
 pressione bassa
 unghie fragili
 tendenza eruzione cutanea
 tendenza artritico
 aumento sudore
 problemi intestinali
 povera circolazione
 prob. renali (edema)
 brama sale
 macchie marrone sulla pelle
 allergie, tendenza a asma
 debolezza dopo raffreddore
 esaurimento muscolare/
 nervo disordine respiratori
totale _____

Gruppo 8 Femmine

stanca facilmente
 depressione premenstruale
 cicili dolorosi
 depressione prima del ciclo
 sangue eccessivo
 seni dolorosi
 cicli frequenti
 perdite vaginali
 isterectomia
 vampate menopausa.
 poco sangue durante il ciclo
 acne con il ciclo
 melancolia
 odore forte

gonfiore nelle gambe
 insonnia crampi gambe o
 piedi
totale _____

Gruppo 8 Maschi

problemi prostata
 difficoltà urinare
 frequenza urinaria
 notturna melancolia
 dolore, pelvica, addominale,
 talloni sensazione pesante al
 colon mancanza d'energia
 dolori migranti
 si stanca facilmente
 evita attività
 desiderio diminuito
 gamba senza riposo notturno
totale _____

Gruppo 9

tosse
 dolore nelle coste difficoltà
 respirazione tosse con
 catarro
 tosse con sangue sensibile al
 profumo/fumo dolore toracico
 bronchite frequente
 inf. polmonari frequente
 sensibile allo smog
totale _____

Gruppo 10

minzione frequente
 urina colorata rosa disuria
 minzione frequente, poco
 urina urina torbida
 infezione vescicale freq.
 lombalgia
 bruciore con minzione
 minzione quando tossisce
 urina ha un odore forte
totale _____

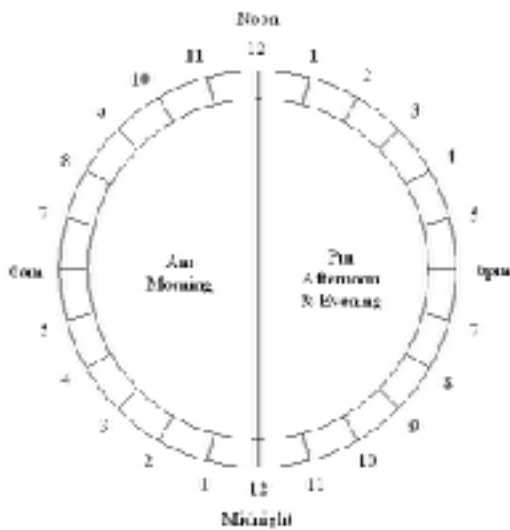
Gruppo 11 A

infezione gola
 ferite non guariscono
 bolle, orzaiolo
 ghiandole linfatiche gonfie
 frequente raff/ influenza
 urti sulla pelle dietro braccia
 gengive infiammate
totale _____

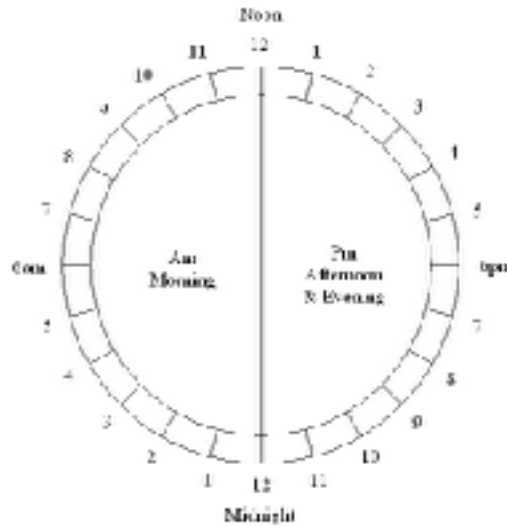
Gruppo 11 B

infezione polmonare cronica
 gocciolamento nasale respira
 con la bocca
 lingua gonfia
 iperattività sensibile/allergie al
 cibo
totale _____

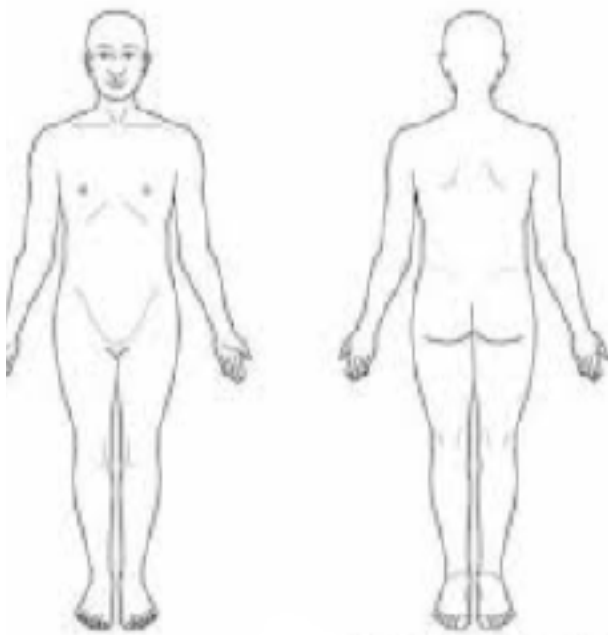
Il Ritmo Circadiano Segna quando ha energia



Segna quando e stanco



Segna dove ha dolore e quando durante la giornata



Se avete bisogno di tenere informato il vostro medico di famiglia / specialista di questa visita / consultazione si / no?

Nome e indirizzo medico di famiglia

specialista:

Mentre rendo consulenza telefonica in caso di emergenza, è inteso che tale consulenza non può che essere generale e dovrebbe essere seguita, non appena possibile, da una consultazione formale. Posso essere raggiunta dalle ore 10:00 alle 18:30 quasi tutti i giorni. Per appuntamenti mancati o annullati in meno di 48 ore verrà addebitata la tariffa piena.

Tutte le informazioni acquisite o date da/a un cliente sono ottenute sotto la massima riservatezza.

Dichiaro che le informazioni contenute in questo questionario sono accurate e corrette al meglio della mia conoscenza.

Firma

Data

Prego ricordare che ho bisogno di 48 ore di preavviso per una revoca di appuntamento. Se si annulla un appuntamento con meno di 48 ore e non sono in grado di riempire il vostro periodo di consultazione la quota intera per la consultazione sarà addebitata. Per gli appuntamenti che vengono annullati entro 7 giorni lavorativi verrà addebitata una tassa amministrativa di 25 €. Non ci sono costi per lo spostamento di un appuntamento per una giornata adiacente.