# CLAUDIA BARZAGHI – NATUROPATA

infonaturopatia.com

claudia.barzaghi@gmail.com

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO LE CHIEDO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LA PREMESSA E DI ACCETTARE IL CONSENSO INFORMATO.

**PREMESSA**

Gentile,

l’anamnesi è una raccolta di informazioni utili e necessarie al terapeuta per conoscere il cliente e stabilire una relazione.

La finalità della raccolta è, unicamente ed esclusivamente, quella di consigliare i percorsi terapeutici ed i rimedi più adatti nel tempo presente.

**Ogni domanda, salvo dove espressamente esplicitato, si riferisce alle abitudini medie in un tempo che non deve superare i tre mesi.**

L’anamnesi non ha alcun valore diagnostico.

Al termine del questionario trova uno spazio dove poter aggiungere dettagli o informazioni che ritiene importanti, relativamente alle tematiche considerate.

La corretta compilazione del questionario è una sua responsabilità ed ogni omissione o errore, soprattutto per ciò che concerne le domande obbligatorie, potrebbe compromettere il buon esito del percorso terapeutico.

Prima di procedere con la compilazione del questionario le chiedo cortesemente di leggere e sottoscrivere il **CONSENSO INFORMATO**, dove dichiara di avere compiuto i 18 anni e nel quale si evince che sono una naturopata e che i dati raccolti non verranno in alcun modo divulgati.

Il questionario sarà valutato ed i consigli terapeutici saranno inviati, solo dopo aver ricevuto il pagamento.

N.B.

1. IL QUESTIONARIO E’ COMPOSTO DA DOMANDE ESSENZIALI E FACOLTATIVE (EVIDENZIATE IN VIOLA). LE DOMANDE ESSENZIALI SERVONO PER CONSIGLIARE I PERCORSI TERAPEUTICI ED I RIMEDI PIU’ ADATTI NEL TEMPO PRESENTE. LE DOMANDE FACOLTATIVE AIUTANO IL TERAPEUTA A COMPRENDERE MEGLIO IL CONTESTO IN CUI IL DISAGIO O LA RICHIESTA DI IMPLEMENTARE IL PROPRIO BENESSERE SI COLLOCANO.
2. Iscritta al Registro Italiano Naturopati FE.NA.I col n° 0400/090400, lavoro nel pieno rispetto del codice deontologico che, inoltre, prevede il segreto professionale.
3. Le informazioni riportate sul questionario anamnestico sono strettamente riservate. Per questa ragione le chiedo di spedirlo **(in formato PDF)** al seguente indirizzo email: [claudia.barzaghi@gmail.com](mailto:claudia.barzaghi@gmail.com)
4. Puo’ utilizzare IL SOPRA MENZIONATO indirizzo email per ogni ulteriore ESIGENZA, informazione e comunicazione.

**INFORMAZIONI GENERALI**

|  |
| --- |
| COGNOME: |
| NOME: |
| DATA DI NASCITA: |
| LUOGO DI NASCITA: |
| COLORE DEGLI OCCHI: |
|  |
| CONTATTO EMAIL: |
| CONTATTO TELEFONICO: |

**GENERE**

|  |
| --- |
| FEMMINA: |
| MASCHIO: |
| ALTRO: |

**RICHIESTA CONSULENZA NATUROPATICA**

|  |
| --- |
| MOTIVO PER CUI SI RICHIEDE: |
| OBIETTIVI DESIDERATI: |

**ANAMNESI FAMILIARE**

|  |
| --- |
| Presenza di malattie genetiche/ereditarie in famiglia: |
| SE SI, QUALI: |

**ANAMNESI PERSONALE**

|  |
| --- |
| PRESENZA DI MALATTIE GENETICHE/EREDITARIE: |
| SE SI, QUALI: |

|  |
| --- |
| STA USANDO FARMACI O INTEGRATORI? |
| SE SI: |
| NOME O MOLECOLA DEL FARMACO/INTEGRATORE: |
| INDICAZIONI TERAPEUTICA: |
| POSOLOGIA: |

|  |
| --- |
| SOFFRE DI ALLERGIE (NON ALIMENTARI)? |
| NO |
| SI |
| SE SI, A QUALI MATERIALI? |

lavoro

|  |
| --- |
| professione attuale: |
| ci sono o ci sono stati rischi professionali (esposizione a benzoli, metalli, gas, irritanti chimici, posture disfunzionali, sollevamento pesi, …): |
| SE SI, QUALI: |

stato civile

|  |
| --- |
| celibe: |
| nubile: |
| coniugatA/O: |
| vedovA/O: |
| separatA/O:  sE SI DA QUANTO TEMPO? |
| divorziata/o:  SE SI DA QUANTO TEMPO? |

|  |
| --- |
| ALTRO CHE desidera AGGIUNGERE: |

presenza di figli

|  |
| --- |
| età: |
| eventuali problematiche: |

|  |
| --- |
| ALTRO CHE desidera AGGIUNGERE: |

**FEMMINILITA’- FERTILITA’**

|  |
| --- |
| EPOCA DELLA PRIMA MESTRUAZIONE: |

1. CARATTERE DEL CICLO

|  |
| --- |
| Regolare. ogni quanti giorni? |
| Irregolare. OGNI QUANTI GIORNI? |
| abbondante: |
| scarso: |
| altro: |

1. DURATA DEL CICLO

|  |
| --- |
| OGNI QUANTI GIORNI: |
| PRESENZA DI SPOTTING: |
| ALTRO: |

1. QUALITA’ DEL SANGUE

|  |
| --- |
| denso con coaguli |
| fluido |
| rosso brillante |
| rosso scuro |
| ALTRO: |

1. sOFFRE DI:

|  |
| --- |
| dismenorrea:  se si DA QUANTO TEMPO? |
| AMENORREA:  se si DA QUANTO TEMPO? |
| SINDROME PRE MESTRUALE: |
| ALTRO: |

GRAVIDANZA

|  |
| --- |
| NUMERO: |
| DECORSO: |
| ALTRO: |

|  |
| --- |
| SE IN GRAVIDANZA: IN QUALE MESE SI TROVA? |

RICORSO A TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

|  |
| --- |
| SI |
| NO |
| ALTRO: |

PARTO

|  |
| --- |
| NUMERO: |

TIPO DI PARTO

|  |
| --- |
| naturale: |
| cesareo: |
| altro: |

hA ALLATTATO?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI: |
| NUMERO: |
| SPONTANEO: |
| VOLONTARIO: |
| INDOTTO: |
| ETA’ IN CUI SI E’ INTERROTTA LA GRAVIDANZA: |
| MESE DEL FETO: |
| ALTRO: |

USO DI CONTRACCETTIVI

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI: |
| DA QUANTO TEMPO? |
| NOME O MOLECOLA DEL FARMACO: |
| INDICAZIONe TERAPEUTICA: |
| POSOLOGIA: |

CLIMATERIO: IN QUALE FASE SI TROVA?

|  |
| --- |
| PREMENOPAUSA:  SE SI DA QUANTO TEMPO? |
| MENOPAUSA:  SE SI DA QUANTO TEMPO? |
| POST MENOPAUSA:  SE SI DA QUANTO TEMPO? |

**ALIMENTAZIONE**

1. consuma i pasti ad orari fissi?

|  |
| --- |
| si |
| no |
| se no, perche? |

1. sente spesso l’esigenza di mangiare fuori pasto?

|  |
| --- |
| NO |
| si |
| Se sì, perche? |
| sensazione di dover colmare un vuoto |
| sensazione di stanchezza |
| SENSAZIONE DI ANSIA, NERVOSISMO, IRRITABILITA’ |
| SENSAZIONE DI CEDIMENTO FISICO |
| SENSAZIONE DI CEDIMENTO INTELLETTIVO E DI CONCENTRAZIONE |
| altro: |

1. si sente spesso in presenza di fame nervosa?

|  |
| --- |
| si |
| no |

1. Sente spesso di mangiare piu’ del necessario?

|  |
| --- |
| si |
| no |

1. sente spesso di alzarsi da tavola con la sensazione di avere ancora un po’ di appetito?

|  |
| --- |
| si |
| no |

1. soffre di disturbi legati alla sfera alimentare?

|  |
| --- |
| NO |
| si |
| Se SI: Breve descrizione del disturbo e di come Si sta curando |
| ne ha sofferto in passato: Breve descrizione del disturbo e di come Si E’ curatA/O |

1. SOFFRE DI INTOLLERANZE ALIMENTARI?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI, A QUALI CIBI? |

1. SOFFRE DI ALLERGIE ALIMENTARI?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI, A QUALI CIBI? |

1. CONSUMA FRUTTA REGOLARMENTE NELL’ARCO DELLA GIORNATA?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SI: 1/2 porzioni |
| SI: 2/3 porzioni |
| SI: 2/4 porzioni |
| SI: PIU’ DI 5 porzioni |

1. COME PREFERISCE MANGIARE LA FRUTTA?

|  |
| --- |
| INTERA E CON LA BUCCIA |
| INTERA SENZA BUCCIA |
| UN SOLO FRUTTO ALLA VOLTA |
| MACEDONIA DI FRUTTA |
| FRULLATA |
| ESTRATTA |
| CENTRIFUGATA |
| SPREMUTA |
| ALTRO: |

1. IN QUALE MOMENTO DELLA GIORNATA PREFERISCE MANGIARE LA frutta?

|  |
| --- |
|  |

1. CONSUMA VERDURA REGOLARMENTE NELL’ARCO DELLA GIORNATA?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SI: 1/2 PORZIONI |
| SI: 2/3 PORZIONI |
| SI: 2/4 PORZIONI |
| SI: PIU’ DI 5 PORZIONI |

1. COME PREFERISCE MANGIARE LA VERDURA?

|  |
| --- |
| CRUDA |
| APPENA SCOTTATA |
| BEN COTTA |
| LESSATA |
| ARROSTO |
| ALTRO: |

1. IN QUALE MOMENTO DELLA GIORNATA PREFERISCE MANGIARE LA verdura?

|  |
| --- |
|  |

1. consuma cibi per lo piu’ raffinati o integrali?

|  |
| --- |
|  |

1. Segue un regime alimentare specifico?

|  |
| --- |
| NO |
| si |
| se si quale (vegetariano, vegano, macrobiotico, …)? |

1. segue una dieta SPECIFICA? (per esempio per dislipidemia, iperglicemia, problemi cardiovascolari, …)

|  |
| --- |
| NO |
| si |
| se si di che tipo? |
| SE SI per quale ragione? |

1. ritiene di avere un’ALIMENTAZIONE varia ed equilibrata?

|  |
| --- |
| si |
| no |

1. qual è il gusto che predilige?

|  |
| --- |
| aspro |
| amaro |
| dolce |
| piccante |
| salato |

**DIURESI**

quanta acqua beve mediamente durante il giorno, lontano dai pasti?

|  |
| --- |
| ½ LITRO |
| 1 LITRO |
| 2 LITRI |
| NON BEVO |

quanta acqua beve mediamente durante i pasti?

|  |
| --- |
| ½ LITRO |
| 1 LITRO |
| 2 LITRI |
| NON BEVO |

1. SE BEVE URINA?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |

1. HA LA PERCEZIONE DI URINARE DI PIU’ RISPETTO AI LIQUIDI CHE INTRODUCE?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |

1. HA LA PERCEZIONE DI TRATTENERE I LIQUIDI?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |

1. DI CHE COLORE SONO LE URINE?

|  |
| --- |
| CHIARE |
| SCURE |
| LIMPIDE |
| TORBIDE |
| CON TRACCE DI SANGUE |

1. QUANDO URINA AVVERTE DOLORE?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |

1. QUANDO URINA AVVERTE BRUCIORE?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |

1. SOFFRE DI PATOLOGIE LEGATE ALL’APPARATO URINARIO O DI INFIAMMAZIONI RICORRENTI?

|  |
| --- |
| CANDIDA: |
| MICOSI: |
| CISTITE: |
| ALTRO: |

**DIGESTIONE**

1. comE PERCEPISCE la sua digestione?

|  |
| --- |
| BUONA |
| lenta |
| veloce |
| difficoltosa |

1. AVVERTE gonfiorE ADDOMINALE dopo i pasti?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI, DOPO OGNI PASTO O QUALCHE PASTO IN PARTICOLARE? |

1. PRIMA DEI PASTI AVVERTE bruciore di stomaco?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI, PRIMA DI OGNI PASTO O QUALCHE PASTO IN PARTICOLARE? |

1. DOPO I PASTI AVVERTE bruciore di stomaco?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI, DOPO OGNI PASTO O QUALCHE PASTO IN PARTICOLARE? |

1. ACCUSA sonnolenza post prandiale?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI, DOPO OGNI PASTO O QUALCHE PASTO IN PARTICOLARE? |

1. il suo intestino LO PERCEPISCE REGOLARE?

|  |
| --- |
| si |
| NO |
| SE NO: |
| QUANTE VOLTE SI SCARICA DURANTE IL GIORNO? |
| OGNI QUANTI GIORNI SI SCARICA? |

1. LE CAPITA DI SVEGLIARSI ANCHE DI NOTTE PER SCARICARSI?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |

coME SONO le feci?

|  |
| --- |
| MORBIDE |
| poco formate |
| LIQUIDE |
| secche |
| DURE |
| scur |
| chiare |

SOFFRE DI PATOLOGIE LEGATE ALL’APPARATO DIGERENTE?

|  |
| --- |
| REFLUSSO GASTROESOFAGEO: |
| GASTRITE: |
| COLITE: |
| SINDROME DEL COLON IRRITABILE: |
| DIVERTICOLOSI: |
| ALTRO: |

**SONNO**

1. quante ore dorme, mediamente, durante la notte?

|  |
| --- |
| 4 |
| 5 |
| 6 |
| 7 |
| 8 |
| altro: |

1. se potesse dormirebbe di più?

|  |
| --- |
| si |
| no |

1. svolge una professione o ha stili di vita che le impongono di dormire in orari diversi rispetto la notte?

|  |
| --- |
| NO |
| si |
| se si: |
| puo’ descrivermi brevemente il ritmo del suo sonno? |
| Puo’ dirmi se dormire in tempi diversi incide favorevolmente o negativamente sulla qualita’ della sua vita? e perche’? |

1. comE CONSIDERA la qualità del sonno?

|  |
| --- |
| buona |
| pessima |
| agitata |

1. si ricorda i sogni che fa?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |
| raramente |

1. ha la percezione di svregliarsi riposato?

|  |
| --- |
| si |
| no |
| raramente |

1. ha la percezione di svegliarsi pieno di energia?

|  |
| --- |
| SI |
| NO |
| raramente |

1. ha la percezione di svegliarsi con fatica?

|  |
| --- |
| si |
| no |
| raramente |

1. alla sera le viene sonno presto?

|  |
| --- |
| si |
| no |
| raramente |

1. ha la percezione di faticare per addormentarsi?

|  |
| --- |
| si |
| no |
| raramente |

1. ha risvegli frequenti quando dorme?

|  |
| --- |
| si |
| no |
| raramente |

**TONO-UMORE-SENSI**

Qual è il momento della giornata in cui si sente più energico?

|  |
| --- |
| Mattino |
| Pomeriggio |
| sera |
| notte |

come considera il suo livello generale di energia?

|  |
| --- |
| pessimo |
| discreto |
| buono |
| piu’ che buono |
| ottimo |

vuole brevemente descriverE la ragione della risposta che ha appena dato?

|  |
| --- |
|  |

come considera il suo livello generale di apprendimento/concentrazione?

|  |
| --- |
| pessimo |
| discreto |
| buono |
| piu’ che buono |
| ottimo |

vuole brevemente descriverE la ragione della risposta che ha appena dato?

|  |
| --- |
|  |

come considera il suo umore, in generale?

|  |
| --- |
| pessimo |
| discreto |
| buono |
| piu’ che buono |
| ottimo |

vuole brevemente descriverE la ragione della risposta che ha appena dato?

|  |
| --- |
|  |

SOFFRE DI PATOLOGIE LEGATE Al sistema nervoso o della sfera psichica ed emotiva?

|  |
| --- |
| NO |
| Si |
| se si: |
| quale? |
| come si sta curando? |

SOFFRE DI PATOLOGIE LEGATE AlLa vista?

|  |
| --- |
| NO |
| si |
| se si: |
| quale? |
| come si sta curando? |
| indossa protesi (occhiali, lenti a contatto, …)? |

SOFFRE DI PATOLOGIE LEGATE ALl’udito?

|  |
| --- |
| NO |
| si |
| se si: |
| quale? |
| come si sta curando? |
| indossa protesi? |

RITIENE DI ESSERE UN BUON OSSERVATORE?

|  |
| --- |
| SI |
| ABBASTANZA |
| NO |

RITIENE DI ESSERE UN BUON ASCOLTATORE?

|  |
| --- |
| SI |
| ABBASTANZA |
| NO |

RITIENE DI AVERE UNO SPICCATO SENSO DELL’OLFATTO?

|  |
| --- |
| SI |
| ABBASTANZA |
| NO |

RITIENE DI AVERE UNO SPICCATO SENSO DEL GUSTO?

|  |
| --- |
| SI |
| ABBASTANZA |
| NO |

qual’e’ L’ORA DEL GIORNO CHE PREFERISCE?

VUOLE RACCONTARMI BREVEMENTE IL PERCHE’?

|  |
| --- |
|  |
|  |

qual è IL GIORNO DELLA SETTIMANA CHE PREFERISCE?

VUOLE RACCONTARMI BREVEMENTE IL PERCHE’?

|  |
| --- |
|  |
|  |

QUAL’E’ IL MESE DELL’ANNO CHE PREFERISCE?

VUOLE RACCONTARMI BREVEMENTE IL PERCHE’?

|  |
| --- |
|  |
|  |

QUAL’E’ LA stagione dell’anno CHE preferisce?

VUOLE RACCONTARMI BREVEMENTE IL PERCHE’?

|  |
| --- |
|  |
|  |

PRATICA ATTIVITà FISICA/SPORTIVA?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI: |
| CHE TIPO DI ATTIVITA’ PRATICA? |
| CON QUALE FREQUENZA? |

COLTIVA DEGLI INTERESSI?

|  |
| --- |
| NO |
| SI |
| SE SI QUALI? |

**NERVINI**

BEVE CAFFE’?

|  |
| --- |
| NO |
| OCCASIONALMENTE |
| SI |
| SE SI: |
| IN QUALE MISURA? |
| ABITUALMENTE IN QUALI ORE DELLA GIORNATA? |

BEVE TE’?

|  |
| --- |
| NO |
| OCCASIONALMENTE |
| SI |
| SE SI: |
| IN QUALE MISURA? |
| ABITUALMENTE IN QUALI ORE DELLA GIORNATA? |

MANGIA CIOCCOLATO?

|  |
| --- |
| NO |
| OCCASIONALMENTE |
| SI |
| SE SI: |
| IN QUALE MISURA? |
| ABITUALMENTE IN QUALI ORE DELLA GIORNATA? |

fuma?

|  |
| --- |
| NO |
| OCCASIONALMENTE |
| HO SMESSO |
| SI |
| SE SI, QUANTE SIGARETTE AL GIORNO? |

BEVE ALCOOLICI?

|  |
| --- |
| NO |
| OCCASIONALMENTE |
| HO SMESSO |
| SI |
| SE SI: |
| IN QUALE MISURA? |
| DURANTE I PASTI? |
| LONTANO DAI PASTI? |
| PREFERIBILMENTE IN SOLITUDINE? |
| PREFERIBILMENTE IN COMPAGNIA? |

**SPAZIO PER LE NOTE CHE RITIENE DI VOLER AGGIUNGERE**

|  |
| --- |
|  |