



Eclipse consulenza

La scheda che segue è di fondamentale importanza per consentirmi di fare un quadro attendibile e veritiero di quella che è la tua situazione di salute attuale.

Compilala con calma riflettendo su ogni punto, anche le informazioni apparentemente più sciocche potrebbero essere fondamentali, non trascurare nulla.

Soprattutto, più sei dettagliato su questa scheda più potrò dedicarmi a te quando ci incontreremo, senza dover tornare su alcuni punti

Danièle

DATI PERSONALI:

NOME:

ETA':

ALTEZZA E PESO (comunicare eventuali di peso):

FUMATORE O EX FUMATORE (indicare quante sigarette al giorno)

LAVORO (attuale e passato, posizioni assunte, occupazione piacevole o stressante, ore giornaliere, lavoro manuale o intellettuale):

SPORT(amatore o agonistico, durata):

HOBBY:

FREQUENZA CARDIACA, GRUPPO SANGUIGNO, PRESSIONE:

MOTIVO DELLA CONSULENZA:

DOLORI O ALGIE. Descrivere dettagliatamente dal più al meno importanti, indicando periodo di esordio.

DOVE E COLLOCCATO (Zona circoscritta o irradiata, dolore in un punto fisso o espresso su una vasta zona, se prima volta o già provato in passato, dolore da trauma o esordio subdolo / “misterioso”, dolore sopraggiunto in seguito a malattia o ad evento stressante):

TIPOLOGIA (Dolore superficiale, profondo, cronico, acuto, costante, intermittente, andamento durante la giornata e nella notte, fattori aggravanti ed allevianti):

FARMACI ASSUNTI , VISITE, INDAGINI, TERAPIE, DIAGNOSI:

ALTRI DOLORI (non apparentemente collegati al dolore primario)

ABITUDINI E QUALITA' VITA:

SONNO E QUALITA' DEL SONNO(riposante, non riposante, resistenza al sonno, durata, insonnia):

ALCOOL, FUMO, DROGHE:

ALLERGIE

TERAPIE FARMACOLOGICHE:

FATTORI STRESSANTI:

ANAMNESI REMOTA GENERALE

MALATTIE:

INCIDENTI STRADALI, DOMESTICI, SPORTIVI:

OSPEDALIZZAZIONI CON O SENZA INTERVENTO:

PRONTI SOCCORSI:

INDAGINI DI LABORATORIO (analisi, radiografie, ecc):

STORIA FAMILIARE:

REVISIONE DEI SISTEMI

NERVOSO e METABOLICO (emicrania, cefalea, esaurimento, convulsioni, iper - ipotiroidismo, gotta, svenimenti, attacchi di panico, piccolo male, osteoporosi, ecc.):

OTORINOLARINGOIATRA (Occhi: lacrimazione e bruciori , messa a fuoco, vista, ecc. Orecchie: ronzii, tinniti, fischi, vertigini, otiti, acufeni, ecc. Naso: sinusite, epistassi, rinite, ecc. Bocca: laringiti, faringiti, tonsilliti, infezioni, raucedine, problemi corde vocali, ecc.):

CARDIOVASCOLARE (palpitazioni, tachicardia, peacemaker, flebiti, varici, dolori petto, infarti, angina, ecc.):

RESPIRATORIO (tubercolosi, asma, enfisemi, polmoniti, broncopolmoniti, tosse, ecc.):

DIGERENTE (nausea ,bruciore retro sternale, acidità, gastrite, esofagite, afte, herpes, gonfiori, coliti, borborigmi, diverticoli, epatite, cirrosi, ittero, diabete, pancreatite, alvo e pipì, ecc.):

UROGENITALE (insufficienza renale ,nefriti, dialisi, uretriti, incontinenza, cistiti,dolore a inizio o fine, candida, varicocele, ecc.):

RIPRODUTTIVO (problemi di prostata, utero e ovaio, malattie veneree, ciclo regolare, doloroso, abbondante, colore, ecc.):

MUSCOLO-SCHELETRICO (Stiramenti, strappi, contusioni, contratture, distorsioni, ecc.):

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE PER LA STRUTTURAZIONE DEL PIANO DI ALLENAMENTO

Quale parte del corpo vorresti allenare?

Quale obiettivo vorresti raggiungere? In quanto tempo? Quanto ti senti allenato/a da 1 a 10?

Hai mai avuto difficoltà nel svolgere esercizi in determinate posizioni?

Scrivere qualsiasi considerazione possa essere utile alla strutturazione del piano allenamento.

