

SCHEDA RACCOLTA DATI PANCAFIT GROUP

Compilare con estrema accuratezza. Questo consente di formulare un programma di lavoro all'interno del gruppo quanto più rispondente anche alle proprie esigenze personali

Nome _____ Cognome _____ Età ____ anni

Professione _____ Tel _____

1 MOTIVAZIONE: indicare il motivo principale per cui si sceglie di fare pancafif group

Specificare l'intensità in scala VAS (1 (min) - 10 (Max)) e da quanto tempo presente

MOTIVO Specificare nel dettaglio	DA QUANTO TEMPO	INTENSITÀ VAS 1 (MIN)-10 (MAX)

ES. CERVICALGIA

DA 10 ANNI o

VAS 6

DAI MIEI 40 ANNI

Esempi:

- PROBLEMATICHE MUSCOLO-SCHELETRICHE: (dolore lombare, cervicale, mal di testa, dolori artrosici, articolari, dolori agli arti, ecc.)
- PROBLEMATICHE GASTROENTERICHE (reflusso gastroesofageo, acidità, gonfiori addominali, ecc.)
- PROBLEMATICHE VASCOLARI (gonfiori, edemi, problematiche circolatorie, ecc.)
- BENESSERE (in generale, ridurre i livelli di stress, migliorare il sonno, respirazione, ecc.)
- SPORT (migliorare la condizione sportiva, aumento performance, ecc.)

2 DOLORI DEL PASSATO

Indicare vecchi dolori o problematiche avute in passato e non più presenti adesso. Specificare in che periodo della vita erano attivi.

VECCHI DOLORI / PROBLEMI	QUANDO

Per es. DOLORE AL GINOCCHIO DESTRO

DAI 15 AI 22 ANNI

3 EVENTI TRAUMATICI

Indicare: TRAUMI, INCIDENTI, INTERVENTI CHIRURGICI, CICATRICI, DISTORSIONI, FRATTURE, LESIONI, ecc. Quando sono avvenuti e se è una zona in cui è presente ancora dolore

EVENTO TRAUMATICO	QUANDO	DOLORE PRESENTE (SI / NO)

Per es. DISTORSIONE CAVIGLIA SINISTRA

42 ANNI

SI

4 MALATTIE

MALATTIE CONCOMITANTI presenti ad oggi (Per es.es. diabete, ipertensione, ecc. anche se in trattamento farmacologico)

MALATTIE PREGRESSE (es. gastroenterite batterica/virale, otiti, tonsilliti ricorrenti, ecc.)

5 ORTESI / ORTODONZIE

Indicare tutte le apparecchiature in uso o utilizzate in passato, quando o da quanto tempo

ORTESI / ORTODONZIE	QUANDO

Per es. ORTODONZIA CON APPARECCHIO FISSO

DAI 9 AI 13 ANNI

Esempi:

ORTESI (Apparecchi acustici, plantari, occhiali, ginocchiere, cavigliere, taping, pace maker, ecc.)

ORTODONZIE (Rimozione dei denti, capsule, devitalizzazioni, bite, impianti, apparecchi anche di vecchia data, ecc.)

6 STILE DI VITA

- ALIMENTAZIONE :

- TIPO DI ALIMENTAZIONE: _____
(regolare / irregolare, regime alimentare particolare, allergie, intolleranze, ecc.)
- STOMACO / DIGESTIONE _____
(lenta, veloce, sonnolenza dopo i pasti, bruciori, reflusso, ecc.)
- INTESTINO _____ FREQUENZA EVACUAZIONE _____
regolare/irregolare/problematiche di ogni tipo Da quando? _____

- LIVELLO DI STRESS: (scala VAS 1 (min) 10 (Max)) _____

- QUALITA' DEL SONNO

- QUANTE ORE DORME? _____ ore
- SI ADDORMENTA FACILMENTE? SI /NO
- SI ALZA RIPOSATO? SI /NO
- RISVEGLI NOTTURNI SI /NO se si A CHE ORA? _____
- POSIZIONE DI ADDORMENTAMENTO / POSIZIONE DI RISVEGLIO

- ALTRO DA SEGNALARE
