

TEST SULLO STILE DI VITA

POTETE PORTARE IL TEST COMPILATO IN VISITA O INVIARLO PER MAIL
MAURO.LOMBARDO@UNIROMA2.IT

ABITUDINI ALIMENTARI

Quante volte mangio al giorno? (spuntini inclusi)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
Quando ho più fame?	<input type="checkbox"/> prima della colazione <input type="checkbox"/> prima di pranzo <input type="checkbox"/> pomeriggio <input type="checkbox"/> dopo cena
Salto mai il pasto	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, ma salto la colazione
Spesso non mangio a tavola (es. davanti la TV o computer/pad)?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Mangio da solo?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no A volte, ma: <input type="checkbox"/> solo a pranzo <input type="checkbox"/> solo a cena
Mangio velocemente	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Mi capita di mangiare quando non ho fame in maniera incontrollata (es. mischiando dolce e salato)	<input type="checkbox"/> sì, spesso (es. più di una volta a settimana) <input type="checkbox"/> sì, di rado (es. una volta al mese) <input type="checkbox"/> no
Durante la notte mi alzo per mangiare	<input type="checkbox"/> sì, spesso (es. più di una volta a settimana) <input type="checkbox"/> sì, di rado (es. una volta al mese) <input type="checkbox"/> no
Alimenti preferiti (anche non da dieta)	1 2 3
Preferenze alimentari	<input type="checkbox"/> salato <input type="checkbox"/> dolce

ALIMENTI GRADITI O SGRADITI

Latte	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sono intollerante	Formaggi:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Yogurt:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Legumi:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Pesce:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Carne:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Uova:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Affettati:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Verdura:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> solo crude <input type="checkbox"/> solo cotte	Frutta:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Acqua	<input type="checkbox"/> <1 lt/die <input type="checkbox"/> 1-2 lt/die <input type="checkbox"/> >2 lt/die	Bibite gassate o Succhi di frutta	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Caffè zuccherati	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4	Alcolici	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ogni giorno <input type="checkbox"/> raro
Alimenti integrali: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Frutta secca: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Soia e derivati (es tofu) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	

LA MIA GIORNATA ALIMENTARE TIPO:

Colazione	_____
Pranzo/Cena	_____ _____ _____
Spuntini	_____ _____
Nel week-end mangio diversamente?	<input type="checkbox"/> sì mangio spesso fuori casa <input type="checkbox"/> sì mangio più completo/elaborato <input type="checkbox"/> sì altro mangio a casa a pranzo (primo + secondo) <input type="checkbox"/> no

ATTIVITÀ FISICA

<input type="checkbox"/> non pratico attività fisica	<input type="checkbox"/> cammino spesso e/o uso i mezzi pubblici
<input type="checkbox"/> pratico la seguente attività fisica _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 volte a settimana orario: <input type="checkbox"/> mattino <input type="checkbox"/> pomeriggio <input type="checkbox"/> prima di cena <input type="checkbox"/> dopo cena

COME DORMO

Mi addormento	<input type="checkbox"/> facilmente <input type="checkbox"/> con difficoltà
Mi risveglio la notte	<input type="checkbox"/> spesso <input type="checkbox"/> non mi risveglio mai

Gentili pazienti, desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici. Anche in caso di uso di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione. In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo. Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso. **Dott. Mauro Lombardo**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".