

Consulenza di Follow-up – Modulo di accettazione

Questo modulo mi permette di valutare i cambiamenti avvenuti dal nostro ultimo appuntamento, identificare ciò che è stato facile o più difficile da mettere in pratica e adattare al meglio l'accompagnamento. Le informazioni raccolte sono strettamente riservate e conservate in modo sicuro. **Ti prego di compilare questo modulo con attenzione e di rinviarmelo via e-mail entro e non oltre il giorno precedente al tuo appuntamento.**

Consulenza online?

Se questa consulenza di follow-up si svolge a distanza, ti chiedo di inviarmi, oltre a questo modulo, due foto recenti, idealmente scattate al mattino a digiuno:

- un primo piano dei tuoi occhi, guardando leggermente a destra o a sinistra
- un primo piano della tua lingua, mostrata in modo naturale

Questi elementi mi permettono di compensare i limiti dell'osservazione in videoconferenza e di preparare al meglio il nostro incontro.

Prima di iniziare

Questa consulenza corrisponde a:

Una consulenza **di follow-up**, oppure una ripresa del percorso dopo una pausa, **nella continuità dell'accompagnamento** → compila le sezioni da 1 a 7 (non compilare il diario in allegato)

Una consulenza per **una problematica completamente nuova**, su un tema diverso da quelli affrontati in precedenza, *in particolare se la nostra ultima consulenza risale a diversi mesi fa* → compila le sezioni 1, 5, 6, 7, così come il diario in allegato.

1. Le tue priorità attuali

Rispetto al nostro ultimo appuntamento, i tuoi obiettivi di salute:

- Sono globalmente gli stessi
- Sono cambiati (adattamento, evoluzione)
- È comparsa una nuova problematica

Se i tuoi obiettivi si sono evoluti o modificati, ti prego di specificare brevemente:

Che cosa ti aspetti da questa consulenza?

- Fare un punto generale sull'evoluzione dall'ultimo appuntamento
- Adattare le raccomandazioni esistenti
- Approfondire alcuni aspetti
- Altro: _____

2. Evoluzione delle problematiche principali *(follow-up)*

Per quanto riguarda la o le problematiche affrontate durante la nostra ultima consulenza, diresti che la situazione è:

- In miglioramento
- Stabile
- Variabile/fluttuante
- In peggioramento

Desideri precisare?

3. Cambiamenti osservati in senso più ampio *(follow-up)*

Hai notato dei cambiamenti dal nostro ultimo appuntamento, anche se non direttamente collegati al motivo iniziale della consulenza? Spunta ciò che si applica:

- Appetito
- Rapporto al cibo
- Digestione o eliminazione
- Livello di energia
- Sonno
- Emozioni / stato mentale
- Dolori o fastidi
- Altro
- Nessun cambiamento

Se lo desideri, specifica uno o due elementi particolarmente rilevanti:

4. Applicazione delle raccomandazioni *(follow-up)*

Tra le raccomandazioni proposte durante il nostro ultimo appuntamento:

- Ho messo in pratica la maggior parte delle raccomandazioni
- Ho messo in pratica alcune raccomandazioni
- Ho provato, ma senza regolarità
- Non sono riuscito/a a metterle in pratica

Puoi specificare quali raccomandazioni sei riuscito/a o non sei riuscito/a a mettere in pratica:

Se hai messo in pratica alcune o la maggior parte delle raccomandazioni, che cosa ti ha aiutato* a farlo?

- Gli obiettivi e il senso di queste raccomandazioni erano chiari
- Le istruzioni su come applicarle erano chiare
- Ho percepito rapidamente effetti positivi
- Corrispondevano ai miei gusti / a ciò che mi piace fare (es. cucinare, camminare...)
- Ho avuto abbastanza tempo e spazio mentale
- Ho potuto contare su un sostegno esterno (famiglia, organizzazione, ambiente di vita)
- Altro : _____



Se hai provato senza regolarità oppure non sei riuscito/a a metterle in pratica, che cosa le ha rese difficili da applicare?

- Gli obiettivi o il senso di queste raccomandazioni non erano chiari
- Non sapevo precisamente come metterle in pratica
- Gli effetti percepiti erano scomodi o difficili da gestire
- L'attività in sé non mi piaceva
- Mancanza di tempo o sovraccarico nella vita quotidiana
- Mancanza di sostegno o vincoli legati all'ambiente circostante
- Vincoli materiali o finanziari
- Altro : _____

5. Contesto di vita recente

Dal nostro ultimo appuntamento, ci sono stati eventi importanti da segnalare?

- Cambiamento professionale
- Cambiamento di luogo di vita
- Separazione / cambiamento relazionale
- Periodo di forte stress
- Altro evento significativo: _____
- Nessun cambiamento significativo

Se sì, puoi specificare:

6. Aggiornamento medico

Dal nostro ultimo appuntamento, ci sono stati nuovi elementi?

- Nuovi sintomi
- Nuova diagnosi medica
- Nuovo trattamento medico
- Modifica di un trattamento esistente
- Incidente o intervento chirurgico
- Assunzione o interruzione di integratori alimentari
- Nessun cambiamento da segnalare

Se sì, puoi specificare:

7. Dichiarazione finale

Comprendo che questa consulenza di follow-up si inserisce in un percorso di accompagnamento ayurvedico e non sostituisce un monitoraggio medico.

Confermo che le informazioni fornite sono corrette secondo le mie conoscenze e accetto di ricevere le raccomandazioni proposte nell'ambito di questo accompagnamento.


Comprendo che le informazioni condivise sono riservate e utilizzate esclusivamente nel contesto di questo accompagnamento.

Data: _____ Firma: _____



7. Allegato – Diario di una giornata ordinaria

À compléter uniquement en cas de consultation pour une nouvelle problématique.

 Ti prego di descrivere una giornata ordinaria recente, rappresentativa della tua vita quotidiana (non un giorno eccezionale).

Data : _____

Qualità del sonno	<input type="checkbox"/> Leggero <input type="checkbox"/> Interrotto <input type="checkbox"/> Ristoratore <input type="checkbox"/> Eccessivo / difficile svegliarsi
Ora del risveglio	
Ora in cui ti alzi (se diversa dall'ora del risveglio)	
Appetito al risveglio	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Debole <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Intenso
Ora della colazione	
Menu della colazione (alimenti e bevande)	
Sensazioni dopo la colazione (ad esempio: legger* / soddisfatt* / pesante / gonfiore / sonnolenza / fastidio / lucidità o annebbiamento mentale)	
Attività della mattinata e spuntini	
Appetito prima del pranzo	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Debole <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Intenso
Ora del pranzo	
Menu del pranzo (alimenti e bevande)	
Sensazioni dopo il pasto (ad esempio: legger* / soddisfatt* / pesante / gonfiore / sonnolenza / fastidio / lucidità o annebbiamento mentale)	
Attività del pomeriggio e spuntini	
Appetito prima della cena	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Debole <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Intenso
Ora della cena	
Menu della cena (alimenti e bevande)	
Sensazioni dopo il pasto (ad esempio: legger* / soddisfatt* / pesante / gonfiore / sonnolenza / fastidio / lucidità o annebbiamento mentale)	
Attività della serata e spuntini	
Ora a cui sei andat* a letto	
Ora dell'addormentamento (se diversa)	
Orari dell'evacuazione intestinale	
Emozioni / umore generale della giornata	

