

## Valutazione completa – Modulo di accettazione

Questo questionario mi permette di comprendere meglio la tua situazione attuale, il tuo stile di vita e i fattori che possono influenzare il tuo stato di salute, al fine di preparare al meglio la nostra prima consulenza e lasciare più spazio allo scambio durante l'incontro. 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 si svolge a distanza, ti chiedo di inviarmi, oltre a questo modulo, delle foto recenti:

- 3 foto complete di te (fronte, profilo, retro)
- 1 primo piano del tuo viso
- 1 primo piano dei tuoi occhi, guardando leggermente a destra o a sinistra
- Primo piano di entrambe le mani, con i palmi rivolti verso il basso
- Primo piano della tua lingua intera, mostrata naturalmente (idealmente scattata al mattino a digiuno)

Queste foto costituiscono elementi di osservazione tradizionali dell'Ayurveda e mi permettono di compensare i limiti dell'osservazione in videoconferenza.

### 1. Informazioni personali

Nome, Cognome		Altezza (cm):	
Data di nascita:		Peso (kg):	
Luogo di nascita:		Occupazione principale:	
Luogo/i in cui sei cresciuto/a (se diverso dal luogo di nascita)		Età dei tuoi figli (se ne hai):	
Pronome di preferenza (facoltativo):		Situazione abitativa (solo/a, in coppia, coinquilini, ...)	

### 2. Motivo della seduta

**Ho riservato questa consulenza principalmente per (molteplici risposte possibili):**

- Porre le basi per un accompagnamento su più sedute
- Preparare un percorso di terapie corporee specifiche
- Affrontare una problematica di salute specifica
- Comprendere la mia costituzione ayurvedica e i grandi principi dell'Ayurveda, per diventare più autonomo/a nella gestione della mia salute
- Non ho particolari preoccupazioni, ma desidero migliorare il mio equilibrio generale
- Altro obiettivo: \_\_\_\_\_

**Quali sono le tue preoccupazioni di salute in questo momento (fisiche, emotive, altre)?**

**Quali miglioramenti vorresti osservare?**

**C'è un punto, una domanda o un argomento che desideri assolutamente affrontare durante questa prima consulenza?**

### 3. Antecedenti medici

**Sei attualmente seguito/a da un medico?**  Sì  No

**Assumi farmaci o integratori?**  Sì  No

Se sì, specifica quali (nome, motivo):

**Hai allergie?**  Sì  No

Se sì, specifica quali: \_\_\_\_\_

**Ti prego di indicare se uno dei seguenti elementi ti riguarda, attualmente o recentemente:**

- Gravidanza o progetto di gravidanza
- Intervento chirurgico recente o infortunio in corso

Se hai risposto sì a uno di questi punti, specifica brevemente (natura, data, contesto):

**Ti prego di indicare se sei stato/a interessato/a, attualmente o in passato, da:**

- Disturbi digestivi cronici (intolleranze, colon irritabile, coliti, Morbo di Crohn, reflusso gastroesofageo, ecc.)
- Squilibri ormonali o metabolici (tiroide, diabete, colesterolo, anemia)
- Problemi cardiovascolari (pressione, cuore, ictus, edemi)
- Disturbi infiammatori o autoimmuni
- Disturbi muscoloscheletrici (artrite, dolori articolari)
- Problemi respiratori cronici (asma, infezioni ricorrenti)
- Disturbi neurologici o sensoriali (emicranie, glaucoma, sclerosi multipla)
- Disturbi psicologici o emotivi persistenti (ansia, depressione, dipendenze)
- Cancro (attuale o passato)
- Altra condizione importante: \_\_\_\_\_



**Ci sono stati nel tuo percorso eventi significativi che hanno avuto un impatto sulla tua salute?** (*incidente, malattia importante, forte stress, lutto, ecc.*)

Sì       No

**Se sì, specifica brevemente:**

**Negli ultimi 6 mesi, con quale frequenza ti sei ammalato/a (raffreddori, infezioni, episodi febbrili)?**

- Raramente o mai
- 1 o 2 volte
- 3 o 4 volte
- Più di 4 volte
- Non saprei

## 4. Stile di vita, ritmo & emozioni

### Attività fisica

**Hai un'attività fisica regolare?**  Sì       No

**Se sì, quale/i?** \_\_\_\_\_

**In media, quante ore a settimana?** \_\_\_\_\_

### Tempo per te e per le tue relazioni

**Con quale frequenza ti prendi del tempo per:**

- **Te stesso/a**
  - Quasi tutti i giorni       Almeno una volta a settimana       Più raramente
- **I tuoi hobby / attività ricreative**
  - Quasi tutti i giorni       Almeno una volta a settimana       Più raramente
- **Le relazioni sociali (amici, uscite, scambi)**
  - Quasi tutti i giorni       Almeno una volta a settimana       Più raramente

### Stress, stanchezza & sonno

**Come valuteresti attualmente:**

- Il tuo livello di stress (1 = molto basso, 10 = molto alto): \_\_\_ /10
- Il tuo livello di stanchezza (1 = molto basso, 10 = molto alto): \_\_\_ /10

**Come descriveresti il tuo sonno in questo momento?**

- Ristoratore
- Leggero
- Frammentato / interrotto
- Eccessivo / difficile alzarsi al mattino

**Ti svegli durante la notte per far pipì?**  Sì       No

**Se sì, quante volte per notte?** \_\_\_\_\_



## Abitudini e ambiente

### Fumi?

- Sì  No  In passato, ma non più attualmente

### Consumi sostanze a uso ricreativo?

- Sì  No  In passato, ma non più attualmente

Hai animali domestici in casa?  Sì  No

### Hai cambiato domicilio due o più volte negli ultimi due anni?

- Sì  No

### Stato emotivo attuale

Quali sono le emozioni più presenti in te in questo momento?

*(positive e/o difficili, secondo ciò che desideri condividere)*

## 5. Abitudini alimentari

Hai già seguito una dieta o un programma alimentare specifico?

- Sì  No

Se sì, per quale/i motivo/i? \_\_\_\_\_

Tra le seguenti opzioni, barra ciò che corrisponde a un'abitudine frequente (3 volte alla settimana o più):


- Mangio rapidamente
- Mangio facendo altro (schermo, lavoro, ecc.)
  
- Salto il pasto nonostante la fame
- Mangio senza avere fame
- Mangio oltre il senso di sazietà
  
- Faccio spuntini tra i pasti
- Ceno tardi (dopo le 20:00)
  
- Mangio fuori casa (ristorante, mensa, ecc.)
- Utilizzo cibi in scatola, piatti pronti, surgelati o avanzi
- I miei pasti dipendono fortemente da vincoli professionali o familiari

Quali bevande & stimolanti consumi quotidianamente?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caffè / tè                     | <input type="checkbox"/> Bibite gassate o succhi di frutta                |
| <input type="checkbox"/> Alcol                          | <input type="checkbox"/> Bevande fredde o ghiacciate                      |
| <input type="checkbox"/> Bevande energetiche / sportive | <input type="checkbox"/> Nessuno di questi elementi in modo significativo |



## 6. Il tuo ritmo attuale (molto importante)

 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 (esempio: leggero / soddisfatto / 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 pranzo (esempio: leggero / soddisfatto / pesante / gonfiore / sonnolenza / lucidità o annebbiamento)	
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 la cena (esempio: leggero / soddisfatto / gonfiore / sonnolenza / fastidio / lucidità o annebbiamento mentale)	
Attività della serata e spuntini	
Ora di andare a dormire	_____
Ora dell'addormentamento (se diversa)	
Orario dell'evacuazione intestinale	
Emozioni / umore generale della giornata	



**Questa giornata è rappresentativa della tua quotidianità abituale?**

Sì  In parte  No

**Se no o in parte, in cosa è diversa?** \_\_\_\_\_

## 7. Salute sessuale

**Utilizzi attualmente un metodo contraccettivo o un trattamento ormonale?**

Sì  No

**Se sì, quale/i e da quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**Come valuteresti la tua libido in questo momento, rispetto a ciò che è normale per te?**

Meno del solito  Nessun cambiamento  Più del solito  Non saprei

**Se pertinente, barra gli argomenti che ti riguardano attualmente o che fanno parte delle tue preoccupazioni:**

- Cicli mestruali irregolari, assenti o dolorosi
- Sintomi premestruali o perimestruali marcati
- Perimenopausa / menopausa / andropausa
- Difficoltà a concepire o gravidanze interrotte
- Disturbi della libido o della funzione sessuale
- Altra preoccupazione legata alla salute sessuale o ormonale

**Se sì, specifica brevemente:**

## 8. Dichiarazione finale

*Comprendo che questa consulenza si inserisce in un percorso di accompagnamento ayurvedico e **non sostituisce in alcun caso un parere, un monitoraggio, una prescrizione o un trattamento medico.***

*Confermo che le informazioni fornite sono corrette, a mia conoscenza, 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 : \_\_\_\_\_

