



TEST DI VITALITA' Paziente .....anni ..... città .....

1° visita nero data ... / ... / ..... 2° visita rosso ... / ... / ..... 3° visita verde ... / ... / .....

Mettere una X per sintomi degli ultimi mesi; sommare le X e scrivere la somma in fondo, nel "TOTALE indice di vitalità"

TRATTO DIGESTIVO

- ☐ Stitichezza (meno di 1x al dì)
- ☐ Diarrea
- ☐ Alitosi
- ☐ Meteorismo
- ☐ Reflusso esofageo
- ☐ Mal di pancia

ARTICOLAZIONI / MUSCOLI

- ☐ Dolori articolari o muscolari
- ☐ Formicolii agli arti

SESSUALITA' FEMMINILE

- ☐ Mestruazioni lunghe
- ☐ Mestruazioni dolorose
- ☐ Secrezioni vaginali
- ☐ Secchezza vaginale
- ☐ Prurito genitale
- ☐ Ovaie infiammate
- ☐ Diminuzione libido

OCCHI

- ☐ Peggioramento vista
- ☐ Occhi lacrimosi o irritati
- ☐ Occhi secchi

MENTE

- ☐ Smemoratezza, confusione
- ☐ Parola inceppata
- ☐ Difficoltà di apprendimento

SESSUALITA' MASCHILE

- ☐ Prurito genitale
- ☐ Impotenza

GUSTO, OLFAATTO

- ☐ Peggioramento gusto
- ☐ Peggioramento olfatto

APPARATO URINARIO

- ☐ Cistiti
- ☐ Calcoli renali
- ☐ Minzione dolorosa

METALLI NEL CORPO

- ☐ Piercing
- ☐ Metalli in bocca
- ☐ Protesi articolari in titanio
- ☐ Placche metalliche
- ☐ Tatuaggi

TESTA

- ☐ Cefalea
- ☐ Vertigini
- ☐ Diminuzione dell'udito
- ☐ Acufeni
- ☐ Mal di gola, raucedine
- ☐ Abbassamento della voce
- ☐ Russamento
- ☐ Afte
- ☐ Naso tappato
- ☐ Sinusite

ORMONI

- ☐ Tiroide o noduli
- ☐ Ovaie infiammazioni
- ☐ Diabete
- ☐ Gotta

INFIAMMAZIONI NEL CORPO

- ☐ Cistiti
- ☐ Diverticoliti
- ☐ Febbre o febbrecola
- ☐ Cicatrici infiammate
- ☐ Fratture dolenti

EMOZIONI

- ☐ Ansia, paura o nervosismo
- ☐ Irritabilità o aggressività
- ☐ Depressione
- ☐ Sbalzi d'umore
- ☐ Mancanza di voglia di vivere
- ☐ Stanchezza
- ☐ Inquietudezza

PELLE E CAPELLI

- ☐ Acne, eruzioni cutanee
- ☐ Perdita di capelli
- ☐ Rossore al volto o vampate
- ☐ Eccessiva sudorazione
- ☐ Pelle secca

ALTRO

- ☐ Calcoli epatici
- ☐ Parkinson
- ☐ Alzheimer
- ☐ Neoplasie (dove?) .....

CUORE

- ☐ Battito cardiaco irregolare
- ☐ Tachicardia frequenza .....
- ☐ Ipertensione: quanto .../....

PESO

- ☐ Peso eccessivo
- ☐ Ritenzione idrica
- ☐ Perdita di peso

SONNO

- ☐ Mi sveglio di notte alle .....
- ☐ Fatica ad addormentarmi
- ☐ Sudore di notte
- ☐ Caldo di notte
- ☐ Freddo di notte
- ☐ Mi sveglio a urinare .... volte

IL PROBLEMA PRINCIPALE È:

- ☐ .....
- ☐ .....

TOTALE indice di vitalità:

Vaccinazioni COVID:

- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

Firma .....

Da compilare dallo staff medico: Pressione: .../... Frequenza: ..... Calcificazione: .....