

Scheda anamnestica MICROBIOTA intestinale**Dati del paziente:**

Data di accettazione: _____

Nome e Cognome: _____

Codice fiscale: _____

Luogo e Data di nascita: _____

Telefono: _____

Sesso: _____

Peso (kg): _____

Altezza (cm): _____

Data di raccolta del campione :**Familiarità:**☐ diabete☐ gotta☐ malattie Autoimmuni☐ patologie cardiovascolari☐ altre: _____**Malattie manifestate/interventi chirurgici subiti:** _____**Malattie in atto (specificare la diagnosi e la data):** _____**Terapie in atto (barrare senza specificare il farmaco):**☐ nessuna terapia in corso☐ antinfiammatori☐ antiacidi (inibitori di pompa protonica e altri)☐ antibiotici☐ ipoglicemizzanti☐ antipertensivi antidiuretici☐ beta bloccanti☐ lassativi☐ altro (specificare) _____

Terapie pregresse: indicare se è stato assunto l'antibiotico negli ultimi tre mesi:

☐ no ☐ sì (quando?) _____

Sintomi alla consegna del campione (barrare i più significativi):

- ☐ nessun sintomo
- ☐ flatulenza
- ☐ voglia di zuccheri
- ☐ gonfiori insonnia
- ☐ difficoltà digestive
- ☐ depressione
- ☐ stipsi
- ☐ difficoltà alla concentrazione
- ☐ diarrea
- ☐ candidosi vaginali ricorrenti
- ☐ sonnolenza dopo i pasti
- ☐ cistiti ricorrenti
- ☐ stanchezza
- ☐ dolori muscolo-scheletrici

Tipo di alimentazione:

- ☐ tradizionale
- ☐ vegana
- ☐ vegetariana
- ☐ altro (specificare) _____

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL SANITARIO

--	--