Nome: _____ Cognome: _____

Altezza: _____

Peso: _____

Data di Nascita: ____/____/_____

TIPOLOGIA DI CAMPIONI RACCOLTI:

❒ Fecali ❒ Pelle ❒ Orali ❒ Nasali ❒ Vaginali Altro _____

Numero Campioni: _____

MODALITA' DI PARTO:	❒ parto cesareo	❒ parto naturale
Malattie allergiche	SI	NO
Intolleranze alimentari	SI	NO
Diabete e Malattie metaboliche	SI	NO
Malattie autoimmuni	SI	NO
Patologie cardiovascolari	SI	NO

SITUAZIONE PATOGNOMONICA

Disordini intestinali (segnare con una crocetta):

- ❒ Diarrea
- ❒ Stipsi
- ❒ Flatulenza
- ❒ Gonfiore o dolore addominale
- ❒ Reflusso gastro-esofageo
- ❒ Intolleranza al lattosio/lattulosio
- ❒ Intolleranza al glutine
- ❒ Infezione da H.pylori

Altro…….

Disordini uro-genitali

- ❒ Infezioni urinarie
- ❒ Vaginosi e vaginite batterica
- ❒ Infezioni da Candida
- ❒ Disturbi di fertilità
- ❒ Disturbi Ormonali

Altro……..

Disturbi della sfera cognitiva

- ❒ confusione mentale
- ❒ problemi di memoria
- ❒ difficoltà di linguaggio
- ❒ disturbi dell'equilibrio
- ❒ impulsività, agitazione, irritabilità
- ❒ Parkinson
- ❒ Autismo
- ❒ Alzheimer
- ❒ ansia e stress

Altro……

Allergie e/o patologie cutanee

- ❒ allergie ambientali
- ❒ allergie agli alimenti
- ❒ eczemi
- ❒ dermatiti
- ❒ acne
- ❒ psoriasi
- ❒ rosacea

Altro……..

RECENTE (ULTIMO MESE) ASSUNZIONE DI ANTIBIOTICI SI NO

RECENTE (ULTIMO MESE) ASSUNZIONE DI PROBIOTICI SI NO

ALTRI FARMACI (segnare con una crocetta)

- ❒ antiacidi e Inibitori di pompa protonica
- ❒ lassativi
- ❒ antidiarroici
- ❒ chemioterapici
- ❒ terapie biologiche e immunologiche

Altro……

DIETA

- ❒ Mediterranea
- ❒ Vegetariana
- ❒ Vegana

Altro……