

## **PREPARAZIONE PER PRIME TEST**

- ✓ Digiuno 8/10 ore.
- ✓ Sospendere sotto supervisione medica almeno da 48 ore farmaci contenenti cortisone / steroidi.
- ✓ Occorre evitare di fumare a partire dalla sera che precede l'esame.
- ✓ La mattina del test si sconsiglia l'uso del dentifricio.
- ✓ Il test deve essere rimandato in caso di raffreddore, influenza, malattie infiammatorie o terapia antibiotica.

Il test viene effettuato dal lunedì al venerdì presso i laboratori U.S.I. nell'orario di prelievo

### **Prenotazioni e Informazioni**

Tel. 06/32868.1

info@usi.it - [www.usi.it](http://www.usi.it)

## Scheda per il Prime Test

110 ALIMENTI     60 ALIMENTI     CONSULENZA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_ Peso kg \_\_\_\_\_ Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_

Farmaci abituali \_\_\_\_\_

Allergie conosciute \_\_\_\_\_

Altre indicazioni \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

### Disturbi:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Affaticamento             | <input type="checkbox"/> Cattiva circolazione     | <input type="checkbox"/> Crampi muscolari   | <input type="checkbox"/> Colite                  |
| <input type="checkbox"/> Allergie                  | <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia       | <input type="checkbox"/> Reumatismi/artrite | <input type="checkbox"/> Diarrea                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Iperlipidemia            | <input type="checkbox"/> Artrosi            | <input type="checkbox"/> Stitichezza             |
| <input type="checkbox"/> Cefalea                   | <input type="checkbox"/> Iperensione              | <input type="checkbox"/> Osteoporosi        | <input type="checkbox"/> Gastrite                |
| <input type="checkbox"/> Infiammazioni             | <input type="checkbox"/> Ipotensione              | <input type="checkbox"/> Dolori vertebrali  | <input type="checkbox"/> Ulcera                  |
| <input type="checkbox"/> Insonnia                  | <input type="checkbox"/> Tachicardia              | <input type="checkbox"/> Sciatica           | <input type="checkbox"/> Gonfiore post-prandiale |
| <input type="checkbox"/> Nausea                    | <input type="checkbox"/> Vene varicose            | <input type="checkbox"/> Mal di schiena     | <input type="checkbox"/> Sonnolenza              |
| <input type="checkbox"/> Memoria scarsa            | <input type="checkbox"/> Ipo/iperglicemia         | <input type="checkbox"/> Eczema/dermatite   | <input type="checkbox"/> Meteorismo              |
| <input type="checkbox"/> Perdita di concentrazione | <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Psoriasi           | <input type="checkbox"/> Digestione lenta        |
| <input type="checkbox"/> Nervosismo                | <input type="checkbox"/> Bronchite cronica        | <input type="checkbox"/> Acne               | <input type="checkbox"/> Problemi epatici        |
| <input type="checkbox"/> Sbalzi di umore           | <input type="checkbox"/> Infezione app. respirato | <input type="checkbox"/> Perdita di capelli | <input type="checkbox"/> Sindrome premestruale   |
| <input type="checkbox"/> Depressione               | <input type="checkbox"/> Rinite                   | <input type="checkbox"/> Unghie fragili     | <input type="checkbox"/> Amenorrea               |
| <input type="checkbox"/> Ansia                     | <input type="checkbox"/> Raffreddori frequenti    | <input type="checkbox"/> Cellulite          |  |
| <input type="checkbox"/> Panico                    | <input type="checkbox"/> Sinusite                 | <input type="checkbox"/> Afte               |  |
| <input type="checkbox"/> Stress                    |   |   |  |

### Preferenze alimentari:

Pane  Pizza  Pasta  Verdure  Carni bianche  Carni rosse  Pesce  Frutta  Latte   
Formaggi  Dolci  Caffè  Cioccolato  Alcolici  Altro .....

### Abitudini alimentari:

COLAZIONE:     Leggera     Media     Abbondante  
PRANZO:         Leggero     Medio     Abbondante  
CENA:            Leggera     Media     Abbondante

Sottoscrivo la correttezza e la completezza delle informazioni riportate.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_