

VERDURE							
asparago	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	avocado	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
carota	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	cetriolo	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
cipolla	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	fagiolo bianco	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
fagiolini	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	funghi	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
lattuga	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	lenticchie	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
melanzana	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	mix cavoli	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
patata	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	peperone/paprika	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
piselli	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	pomodoro	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
sedano	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	soia	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
spinaci	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	zucchine	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro: _____							

FRUTTA							
albicocca	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	ananas	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
arancia	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	banana	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
ciliegia	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	fragola	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
frutta secca	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	kiwi	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
lampono	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	lime	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
mela	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	mirtillo	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
melone	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	mora	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
pera	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	pesca	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
pompelmo	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	prugna	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
ribes nero	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	uva	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro: _____							

BEVANDE							
acqua	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	succo di frutta	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
bibite	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	the	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
tisane	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	caffè	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
birra	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno	vino	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
superalcolici	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno				
altro: _____							

MENÙ QUOTIDIANO (Descriva brevemente cosa mangia quotidianamente):

COLAZIONE: _____

SPUNTINO: _____

PRANZO: _____

MERENDA: _____

CENA: _____



RICHIESTA ESAMI INTOLLERANZE ALIMENTARI

BI-FOOD TEST
<input type="checkbox"/> 70 ALLERGENI (BF70)
<input type="checkbox"/> 120 ALLERGENI (BF120)

MODULO DA COMPILARE ED INVIARE INSIEME AL CAMPIONE

(*) Cognome: _____ (*) Nome: _____

Sesso: M F (*) Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Città: _____

(*) Telefono: _____

email: _____

(*) Cod. Fiscale: _____

(*) Data prelievo: _____

(*) **Dati obbligatori**

ATTENZIONE

- Affinchè l'esame risulti attendibile e significativo è necessario che il paziente non stia seguendo da almeno 10-15 giorni una dieta alimentare rigida e non sia sottoposto ad una terapia farmacologica (con cortisonici)
- Il test è sconsigliato a bambini sotto i 2 anni di età.

TIMBRO STRUTTURA/MEDICO

CONSENSO INFORMATO ESECUZIONE TEST DI MEDICINA NON CONVENZIONALE

Con la presente scrittura si forniscono le informazioni atte ad acquisire, o meno, il consenso all'esecuzione del test relativo alle **INTOLLERANZE ALIMENTARI**, già verbalmente illustrati. Descrizione del prelievo del campione: prelievo di sangue venoso e/o capillare da dito. Eventuali complicazioni: in conseguenza all'eliminazione di alcuni alimenti (assunti quotidianamente nella propria dieta) per un periodo di tempo prefissato, potrebbe verificarsi un periodo transitorio di peggioramento generale delle condizioni psicofisiche che tende a risolversi spontaneamente in pochi giorni. Inoltre se gli alimenti eliminati non venissero adeguatamente sostituiti con altri alimenti alternativi potrebbe insorgere una carenza di alcuni principi alimentari. Comportamenti da seguire per evitare complicazioni: attenersi alle indicazioni fornite per la sostituzione degli alimenti non tollerati. Interventi alternativi con la medicina tradizionale: non conosciuti. Le intolleranze alimentari non sono attualmente riconosciute dalla medicina tradizionale e non sostituiscono in alcun modo test analoghi quali: Prick Test, Rast Test, IgE. Chi si sottopone al test è al corrente dei punti sopra descritti e dichiara di aver ricevuto, anche verbalmente, le informazioni soprascritte e di aver compreso termini e modalità dell'intervento diagnostico, nonché delle conseguenti eventuali complicazioni.

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

In caso di mancato assenso, non sarà possibile eseguire il test.

Consenso al Trattamento di Dati personali ai sensi artt. 7 e 9 del Regolamento UE 679/2016

Apponendo la firma in calce alla presente informativa, manifesto espressamente il mio libero e pieno Consenso al Trattamento dei miei Dati, sia comuni che "sensibili" (nei limiti in cui tali dati sono strumentali), nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini di legge, nonché alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti autorizzati

firma

data

NATURA DEL DISTURBO:

Dermatologico Gastrointestinale Muscolo-scheletrico Neurologico Psicologico

Respiratorio Altro: _____

PATOLOGIE IMPORTANTI DA SEGNALARE:

È IN STATO DI GRAVIDANZA? sì no **STA ALLATTANDO UN BAMBINO?** sì no

SVOLGE QUALCHE ATTIVITÀ FISICA O SPORTIVA DURANTE LA SETTIMANA?

no sì Quale attività? _____

STA ASSUMENDO FARMACI - INTEGRATORI?

no sì quale: _____

HA GIÀ EFFETTUATO TEST DI INTOLLERANZA ALIMENTARE ?

no sì ricordi quale test e a quali alimenti sei risultato intollerante?

È VEGETARIANO/A? no sì

sì, ma mangio latte e uova sì, vegano

ALLERGIE: no sì Quali: _____

MODULO DA COMPILARE SOLO PER CHI ESEGUE IL BI-FOOD TEST 120

Cognome: _____ Nome: _____

Altezza (cm): _____ Peso (kg): _____

ABITUDINI ALIMENTARI

Indica con quale frequenza mangi i seguenti alimenti. Considerare "MAI" gli alimenti che consumi solo 1-2 volte al mese.

CEREALI			
pane	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
muesli	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
avena	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
orzo	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
gr.saraceno	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro:			
grissini/cracker	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
cornflakes	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
mais	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
segale	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
miglio	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno

MERENDA			
marmellata	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
biscotti	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
cioccolato	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro:			
nutella	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
brioche/croissant	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
caramelle varie	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno

LATTE E DERIVATI			
latte	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
margarina	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
formaggio	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro:			
burro	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
yogurt	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
gelato	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno

PRIMI PIATTI			
pasta	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
gnocchi	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
ravioli	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro:			
riso	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
minestrone	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
zuppe	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno

SECONDI PIATTI			
agnello	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
maiale	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
manzo	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
tacchino	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
molluschi	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
sogliola/platessa	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
cernia	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
salmone/trota	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro:			
anatra	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
affettati vari	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
pollo	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
crostacei	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
aringa/sgombro	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
tonno	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
merluzzo	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
uova	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno

CONDIMENTI			
erbe/spezie	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
olio extravergine d'oliva	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altro:			
aceto	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno
altri tipi d'olio (semi vari)	<input type="checkbox"/> mai	<input type="checkbox"/> ogni tanto	<input type="checkbox"/> ogni giorno