



Si richiede Valutazione Dietistica per il/la signor/signora \_\_\_\_\_

Per il/la suddetto/a si prescrive una dieta adeguata per:

- ☐ Sovrappeso
- ☐ Sottopeso
- ☐ Intolleranza/Allergia alimentare a \_\_\_\_\_
- ☐ Celiachia
- ☐ Sport (\_\_\_\_\_)
- ☐ Patologia \_\_\_\_\_
- ☐ Educazione Alimentare
- ☐ Altro \_\_\_\_\_

La/Il paziente presenta le seguenti diagnosi a suo carico:

- ☐ Patologie ginecologiche (PCOS, Endometriosi...)
- ☐ Diabete mellito di tipo \_\_\_\_\_
- ☐ Sindrome Metabolica
- ☐ Ipotiroidismo
- ☐ Iperitiroidismo
- ☐ Intestino Irritabile
- ☐ Ipertensione
- ☐ Ipercolesterolemia
- ☐ Ipertrigliceridemia
- ☐ Intolleranza \_\_\_\_\_
- ☐ Allergia alimentare \_\_\_\_\_
- ☐ Disturbo del Comportamento Alimentare \_\_\_\_\_
- ☐ Altro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ☐ È in buono stato di salute e non presenta segni e sintomi clinici di patologie

È in cura con la seguente terapia farmacologica:

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Il/la signor/signora \_\_\_\_\_ ha acconsentito alla condivisione dei propri dati sensibili e delle proprie note anamnestiche sopra riportate tra i professionisti incaricati. Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO