



The Arvigo Techniques of Maya Abdominal Therapy™

Questionario Confidenziale

L'operatore: NON cede queste informazioni a nessuno - la raccolta avviene ESCLUSIVAMENTE per scopi professionali e strettamente confidenziali.

Data della Prima Visita _____

Nome: _____

Indirizzo _____

Stato _____ CAP _____ Tel privato _____

Tel ufficio _____ Cell _____ email _____

Data di Nascita _____ Età _____ Lavoro _____

Stato civile _____ Inviato/a da _____

Trattamento dati confidenziali per il Cliente

Io sono consapevole che questo trattamento non è da ritenersi sostitutivo delle cure mediche. L'operatore non fa diagnosi mediche rispetto a malattie, disturbi o qualsivoglia condizione fisica e mentale a meno che non sia legata all'ottimale svolgimento della propria professione e non sia in linea con il proprio ambito lavorativo. L'operatore, pertanto, non prescrive trattamenti terapeutici e non effettua manovre sulla spina dorsale a meno che non rientri nella propria competenza professionale. L'operatore potrebbe consigliarmi di visitare un altro professionista per qualche eventuale problematica fisica e/o emotiva. Io dichiaro il mio stato di salute all'operatore ed è mia responsabilità tenerlo aggiornato sulle mie condizioni di salute.

La confidenzialità di qualsiasi informazione medica e personale emersa durante gli incontri sono di estrema importanza. La regolamentazione HIPAA ("Dipartimento Americano per la Salute") richiede che venga firmato questo documento prima che il cliente rilasci qualsiasi informazione personale. Quindi la modalità ideale per procedere è di siglare il presente questionario durante la prima consultazione. Se il cliente lo richiede, può ottenere la copia di tale documento e il professionista terrà, a sua volta, una copia nei propri archivi.

Il/la sottoscritto/a, _____

acconsente che il professionista prenda nota della mia storia medica e/o personale, io decido di rilasciare al professionista le mie informazioni assumendomene la responsabilità. Io comprendo che queste informazioni possono essere utilizzate e condivise con l'Istituto Arvigo per scopi di certificazione, statistica o studio, in forma anonima. Le informazioni quali nome, indirizzo e altri dati personali non verranno in alcun modo ceduti, rilasciati o trattati.

Firma del Cliente: _____ Date: _____

Firma dell'operatore: _____ Date: _____

Cliente

Iniziali del Cliente: _____ Studio # _____ Età _____ Maschio _____ Femmina _____

Data della 1° visita: _____ Nome del Professionista _____

Motivo di richiesta della sessione

Motivazione principale della visita: _____

Quando si è manifestata la prima volta? _____ Qual è la causa? _____

Descrivimi i fattori di stress legati a quel periodo _____

Cosa allevia i sintomi? _____ cosa li peggiora? _____

Questa condizione sta peggiorando? _____ interferisce con il lavoro _____ il sonno _____ il tempo libero _____

Hai mai ricevuto massaggi o trattamenti prima? _____ Quali? _____

Storia Medica

In questo momento sei in cura da qualche professionista/medico? _____ Perché? _____

Nome del/i professionista/i _____ Indirizzo: _____

Telefono _____ email _____

Medicine/Supplementi/Rimedi: _____

Allergie: specifica gli allergeni e le reazioni _____

Operazioni Chirurgiche (tipo e anno) e/o Cure recenti: _____

Ospedalizzazione: _____

Incidenti o Traumi: _____

Cadute/traumi al Sacro/testa/Coccige (descrivi) _____

Altro:

Per favore completa la tabella:

Sintomi/condizioni	Passato	Presente	Sintomi/condizioni	Passato	Presente
Mal di testa Tipo:			Gambe o piedi addormentati mentre sei in piedi		
Asma			Fitte al tallone mentre cammini		
Mani e piedi freddi			Ansia		
Caviglie gonfie			Depressione		
Condizione sinusale Raffreddori frequenti			Disturbi del Sonno		
Attacchi			Balbufie		
Dolori nella parte bassa della schiena			Tensioni muscolari: Dove:		
Problemi alla pelle: Tipologia			Vene varicose Emorroidi, dove:		
Sciatica			Ernie/Protrusioni		
Dolori e gonfiori articolari			Arti artificiali/mancanti		
Pressione Alta o Bassa			Lenti a contatto		
Dentiera/Parziali			Cancro (passato o presente) Tipologia		

Storia Familiare

	In Vita?	Cause-Età decesso	Problemi importanti di salute
Madre			
Padre			
Figli			
Nonna Materna			
Nonno Materno			
Nonna Paterna			
Nonno Paterno			

Salute Gastrointestinale

Descrivi le tue abitudini alimentari:

Colazione: _____

Pranzo: _____

Cena: _____

Spuntini: _____ Acqua(bicchieri/giorno) _____ Caffaina _____

Qual è l'alimento peggiore nella tua dieta _____ Quali sono le tue debolezze alimentari _____

Hai abitudini ad abbuffarti? _____ di quali cibi? _____

Provi gonfiore/gas/rutti dopo mangiato? _____ Quali cibi incrementano queste manifestazioni? _____

Allergie alimentari? _____ Descrivi _____

Quante volte vai in bagno? _____ le tue feci: affondano _____ galleggiano _____

Costipazione? _____ Sangue nelle feci? _____ Muco nelle feci? _____ Dolore nella defecazione? _____

Diarrea? _____ Altro? _____

Stile di vita, emozionale, spirituale

Che opinione hai su di te? _____

Descrivi l'emozione più bella che hai provato _____

Dove e quando hai provato questa emozione? _____

Descrivi l'emozione più brutta che hai provato _____

Dove e quando hai provato questa emozione? _____

Descrivi la tua pratica Religiosa/Spirituale: _____

In una scala da 1 a 10 (in cui uno rappresenta avere la qualità minore e 10 la più grande) descrivi come ti vedi rispetto a:

Fede _____ Speranza _____ Carità _____ Generosità _____ Senso dell'umorismo _____ Paura _____ Lutto _____ Senso del

Divertimento _____

Quali hobby o attività ti danno soddisfazione _____

Descrivi quale sport fai con una certa regolarità (tipo, frequenza) _____

Quali cambiamenti ti aspetti di raggiungere in 6 mesi: _____

In 1 anno: _____

Utilizzi Tabacco? _____ Quantità _____ Alcolici? _____ Quantità bicchieri/giorno _____

Marijuana? _____ Quantità _____ Altro: _____ Hai subito ricoveri per utilizzo di sostanze? _____

Salute dell'apparato riproduttivo femminile

Metodo di contraccezione (cerchiare) Pillola- Cerotto- Diaframma- Iniezioni- Preservativi- Spirale-Astinenza-Conteggi

Consapevolezza-fertilità altro: _____ Durata di utilizzo del metodo _____ ultimo pap test _____ risultato _____

Ora o nel passato hai avuto difficoltà di concepimento? Si ___ No ___ Quali trattamenti: _____

(Procreazione Assistita, ecc.) _____

Storia Mestruale, completa la tabella e le frasi:

Età del primo ciclo: _____ Com'è stato? _____

Durata del ciclo completo: _____ Durata delle mestruazioni _____

Stai provando a rimanere in gravidanza? Si ___ No ___ Sei incinta? Si ___ No ___ Forse ___

Sintomi/condizioni **Passato** **Presente** **Sintomi/condizioni** **Passato** **Presente**

Dolori Mestruali			Cicli irregolari brevi lunghi		
Sensazione di pesantezza durante il ciclo			Sangue scuro o grumi quando: Inizio Fine Entrambi		
Sanguinamento abbondante			Mal di testa Vene varicose		
Spossatezza			Gonfiore		
Ritenzione idrica			Ovulazione: Dolorosa Mancanza		
Endometriosi Dove (se si conosce)			Fibromi Dove (se si conosce)		
Polipi all'utero o alla cervice			Infezioni all'utero		
Infezioni vaginali			Cisti Dove		
Infezioni alla vescica			Incontinenza urinaria		
Dolori durante i rapporti			Secchezza vaginale		
Episodi di Amenorrea, durata					

Interessamento al sesso: Molto _____ Moderato _____ Basso _____ Nullo _____

Hai mai avuto difficoltà a provare l'orgasmo? _____

Hai avuto qualche trauma? Si ___ No ___ Descrivi _____

Hai fatto terapia per questo motivo? _____

Come l'hai vissuta? _____

Gravidanze

Numero di gravidanze: _____ Quando _____ Aborti spontanei _____ Quando _____ IVG _____ Quando _____

Numero di nascite: _____ Quando: _____

Complicazioni per le procedure descritte qui sopra, descrivi: _____

Parti prematuri? _____ Perdite ematiche in gravidanza? _____ Neonati sotto peso? _____ Cervice incompetente? _____

Descrivi come hai vissuto:

La gravidanza: _____

Il Travaglio: _____

Il Parto: _____

Il Post Partum: _____

Lignaggio Femminile Materno (cerchiare) Infertilità - Fibromi - Endometriosi - Sindrome Premestruale - Menopausa

Cancro (tipo) _____ Problemi mestruali _____ Altro _____

Medicine che ha assunto tua mamma in gravidanza mentre ti aspettava (se ci sono) _____

Traumi di parto (se ne hai avuti) _____

Menopausa

Età inizio sintomi: _____ Stanno peggiorando _____ Migliorando _____ Uguali _____

Stai seguendo qualche terapia ormonale? _____ Da quando? _____

Nome e dosaggio _____

Motivazione dell'interruzione _____

Età in cui tua madre è entrata in menopausa: _____ Preoccupazioni/Esperienze _____

Quali sintomi si sono presentati:

Vampate	Insomnia	Stanchezza	Perdita di memoria	Cambiamenti nell'umore
Secrezione Vaginale	Secchezza Vaginale	Depressione	Ansietà	Irritabilità
Perdite ematiche	Perdite urinarie	Cicli irregolari	Dolori durante i rapporti	Aumento della libido
Perdita della libido	Disturbi del sonno			

Di seguito annota le informazioni che ritieni siano importanti per il tuo professionista che non sono elencate qui:

Salute dell'apparato riproduttivo maschile

Per favore verifica se qualcuno di questi sintomi corrisponde alla tua situazione

Sintomi/condizioni	Passato	Presente	Sintomi/condizioni	Passato	Presente
Dolore durante l'orinazione			Ritenzione urinaria		
Incontinenza o perdite			Difficoltà ad iniziare ad urinare		
Flusso urinario debole o che si interrompe			Sangue o pus nell'urina		
Dolore o bruciore durante l'orinazione			Pressione Pelvica		
Orinazione Notturna Quante volte?			Insaziabile impulso sessuale		
Dolore nella parte bassa della schiena dopo i rapporti			Dolore o fastidio tra lo scroto e i testicoli		
Dolore o fastidio: al pene ai testicoli al retto			Dolore o fastidio alla coscia: destra sinistra entrambe		
Infezioni frequenti alla vescica o ai reni Quando?			Erezione:difficoltà nel raggiungerla mantenerla eiaculazione dolorosa		

Test positivo per antigene specifico prostatico _____ Data _____

Conteggio degli spermatozoi (se conosciuto) _____ Data _____

Storia familiare di malattie prostatiche: Sì _____ No _____ Tipologia _____ Relazione _____

Storia familiare di cancro: Sì _____ No _____ Tipologia _____

Malattie sessualmente trasmissibili: Sì _____ No _____ Tipologia _____

Che interesse hai per il sesso_ Alto _____ Moderato _____ Basso _____ Nessuno _____

Hai subito qualche trauma, descrivi _____

Hai fatto qualche terapia per questo? _____

Com'è stato per te? _____

Commenti aggiuntivi: