

**QUESTIONARIO PER LA STORIA MEDICA - LO STILE DI VITA  
E LO STUDIO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Ha familiari obesi ?  NO  SI ..... Ha familiari con malattie della tiroide ?  NO  SI .....  
Ha familiari diabetici ?  NO  SI ..... Ha familiari cardiopatici o ipertesi ?  NO  SI .....  
Ha familiari con disturbi del comportamento alimentare ?  NO  SI Quali ?.....  
Altre malattie familiari ?.....  
E' nato a termine di gravidanza ?  SI  NO ..... Quanto pesava alla nascita ? kg .....  
A che età ha avuto il ciclo mestruale ? ..... Ciclo  regolare  irregolare ..... menopausa età .....  
Com'è la sua funzione intestinale ?  regolare  irregolare  diarroica  stitica .....  
Com'è il sonno ?  regolare  irregolare  leggero  insonnia .....  
Fa sport ?  mai  occasionalmente  periodicamente  abitualmente  che tipo .....  
Fuma ?  NO  SI  Quanto ? .....  Da quanto tempo ? .....  
Ha avuto malattie importanti ?  NO  SI Quali?.....  
.....  
A carico di quali organi ?.....  
Ha avuto allergie o intolleranze alimentari ?  NO  SI Quali ?.....  
Ha subito interventi chirurgici ?  NO  SI Quali ? .....  
.....  
Sta prendendo delle medicine ?  NO  SI Quali ?.....  
.....  
A che età è iniziato il suo problema di peso ? ..... Qual è stato il peso minimo ed il peso massimo  
dai 12 ai 18 anni ? ..... E dopo i 18 anni ?.....  
Quale di questi eventi ha determinato l'insorgenza dell'attuale problema ?  assunzione psicofarmaci  
 assunzione pillola  aborto  abuso sessuale  cambiamento di lavoro  cambiamento di scuola  
 depressione  dieta  difficoltà finanziarie  difficoltà lavorative  difficoltà scolastiche  
 difficoltà sociali  disaccordi familiari  litigi con partner  gravidanza  incidente stradale  
 inizio relazione affettiva  malattia  malattia / incidente a parenti  maltrattamentipsicologici  
 maltrattamenti fisici  matrimonio  menopausa  morte di una persona cara  nascita figli  
 uscita di qualcuno dalla famiglia  trasferimento  altro .....  
Ha già fatto delle diete ?  NO  SI una volta  SI più volte - Quali metodi ha usato ?  
 Dieta per conto proprio  Medico dietologo .....  Nutrizionista.....  
 Centri dimagrimento .....  Programma di gruppo .....  
 Ospedale .....  Clinica .....  Pasti sostitutivi .....  
Quale è stato il peso massimo perso con una dieta ?..... Ha ripreso il peso perso  NO  SI.....  
Quali sono state le cause che hanno determinato la ripresa del peso perso ? .....  
.....  
Quale è stato il periodo più lungo in cui è riuscito/a a seguire una dieta ? .....  
Ha preso farmaci per dimagrire  NO  SI  Quali ? .....  
.....E per quanto tempo ?.....  
Ha avuto disturbi attribuibili all'assunzione di tali farmaci ?  NO  SI  Quali ? .....  
.....  
Come è attualmente il suo stato emotivo ?  buono  stressato  nervoso  ansioso  triste  
Come considera il suo comportamento alimentare ?  normale  un pò disturbato  disturbato  
 molto disturbato ..... Come considera la quantità di cibo che assume giornalmente ?  
 eccessiva  abbondante  normale  poca  scarsa  molto scarsa  
Considera la sua alimentazione ricca di grassi ?  molto  abbastanza  normale  poco  per niente  
Se la sua alimentazione è eccessiva in che momenti della giornata ciò accade ?  mattino  
 pranzo  pomeriggio  cena  dopo cena  notte  piluccamento continuo  
Restringe l'alimentazione per controllare il suo peso ?  sempre  spesso  qualche volta  mai  
Le accade a volte di perdere il controllo e mangiare in eccesso ?  NO  SI  Se si quando le capita ?  
 stati emotivi negativi ( rabbia, paura, ansia, tensione, tristezza, solitudine, noia ) .....  
 stati emotivi positivi (momenti felici) .....  stati fisici negativi (malattie, periodo premenstruale)  
 situazioni sociali ( vacanze, cene, feste, ecc. ) ..... nei periodi in cui cerco di mangiare poco  
E quali sono gli alimenti che preferisce in questi momenti ?.....  
Adotta rimedi come vomito, diuretici o lassativi ?  NO  SI qualche volta  SI spesso  SI sempre  
Da chi è stato incoraggiato ad intraprendere un Programma per il Controllo del Peso Corporeo ?  
 da solo  madre  padre  fratello/sorella  figli  partner  medico  altro .....  
Quanto crede di riuscire nel seguire questo Programma ?  molto  abbastanza  poco  per niente  
Perchè ? .....