



QUESTIONARIO SUI CONSUMI ALIMENTARI

Età _____ anni

Sesso M F

Peso _____ kg

Altezza _____ cm

Abitudine al fumo:

- 1. Fumatore
- 2. Ex fumatore
- 3. Non fumatore

Come considera il suo stato di salute ?

- 1. Buono
- 2. Soddisfacente/Discreto
- 3. Non buono

Soffre di qualcuna delle seguenti malattie croniche ? (è possibile barrare più di una casella)

- 1. Pressione alta
- 2. Livelli alti di colesterolo
- 3. Diabete
- 4. Osteoporosi
- 5. Malattie articolari
- 6. Malattie cardiovascolari (ad es. infarto, bypass, angioplastica, angina)
- 7. Altro (specificare) _____

Assume farmaci per queste malattie ? (è possibile barrare più di una casella)

- 1. Pressione alta
- 2. Livelli alti di colesterolo
- 3. Diabete
- 4. Osteoporosi
- 5. Malattie articolari
- 6. Malattie cardiovascolari
- 7. Altro (specificare) _____

Ha problemi di stress?

- 1. No
- 2. Leggeri
- 3. Gravi

Svolge una regolare attività sportiva (ad.es ginnastica, nuoto, corsa, tennis, ciclismo ecc)?

	SI	NO
Se SI	1-2 volte a settimana	3 o più

In base alla sua alimentazione abituale risponda alle domande che seguono, tenendo in considerazione tutti i pasti della giornata (colazione, pranzo, cena e anche gli spuntini)

Quante volte mangia un piatto di PASTA e/o RISO ?

N.volte al giorno _____	oppure	N.volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	------------------------------	--------	--------------------------	--------	-----------------------------------------

Quante volte mangia PANE e/o GRISSINI e/o CRACKERS ?

N.volte al giorno _____	oppure	N.volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	------------------------------	--------	--------------------------	--------	-----------------------------------------

Quante volte mangia i PRODOTTI DA FORNO (biscotti, merendine, pizza ecc.)

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	-----------------------------------------

Quante volte mangia la CARNE (bovino, pollo, vitello, maiale ecc) ?

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Quante volte mangia il PESCE (fresco o surgelato o conservato) ?

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Quante volte mangia le UOVA ?

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Quante volte mangia i LEGUMI (freschi o secchi o in scatola) ?

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Quante volte mangia LATTE o YOGURT ?

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Quante volte mangia i FORMAGGI ?

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Quante volte mangia le VERDURE (crude, cotte, insalata ecc.) ?

N.volte al giorno _____	oppure	N. volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	-------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Quante volte mangia la FRUTTA ?

N.volte al giorno _____	oppure	N.volte a settimana _____	oppure	N.volte al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
----------------------------	--------	------------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------------------

Che quantità di BEVANDE ALCOOLICHE beve (vino, birra, aperitivi ecc.) ?

N.bicchieri al giorno _____	oppure	N.bicchieri a settimana _____	oppure	N.bicchieri al mese _____	oppure	Mai o quasi <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------	----------------------------------	--------	------------------------------	--------	--------------------------------------

Ci sono alimenti ai quali è allergico, intollerante o che, semplicemente non gradisce?

Per quanto riguarda pasta o riso, pane e prodotti da forno, fa uso abitualmente di prodotti integrali ? SI NO

Negli ultimi 2 anni ha fatto uso di integratori alimentari ? SI NO

NB Gli integratori alimentari **NON** sono farmaci e si presentano sotto forma di capsule, tavolette, flaconcini, barrette, bevande ecc. contenenti sostanze con effetto nutritivo e/o benefico per la salute

Se SI

li utilizza/li ha utilizzati:

- 1. abitualmente, in modo regolare
- 2. saltuariamente, quando pensa che sia utile

Quali di queste categorie di integratori utilizza/ha utilizzato ? (è possibile barrare più di una casella)

- 1. Integratori di vitamine e/o minerali
- 2. Integratori per gli sportivi
(contenenti sostanze energetiche, minerali per reintegrare le perdite dovute alla sudorazione, aminoacidi, proteine, ecc., anche sotto forma di bevande)
- 3. Integratori di fibre
(utilizzati per: disturbi intestinali, aumento del senso di sazietà, riduzione del peso o dell'assorbimento di alcune sostanze)
- 4. Integratori di acidi grassi
(contenenti oli di pesce, oli di vegetali, lecitina di soia ecc)

- 6. Integratori di probiotici**
(contenenti fermenti lattici in grado di esercitare una azione benefica sullo stato di salute)
- 7. Integratori di antiossidanti**
(contenenti ad. es. Q10, acido lipoico, luteina, zeaxantina, glutazione, flavonoidi, vit E, vit C, selenio)
- 8. Integratori contenenti esclusivamente piante**
(una o più erbe e/o estratti vegetali)
- 9. Integratori contenenti piante insieme ad altre sostanze**
(vitamine, minerali, antiossidanti ecc)

Se non riesce ad individuare la categoria riporti il nome del prodotto/prodotti utilizzati o descriva a cosa servivano:

Per quale motivo fa/ha fatto uso di integratori alimentari ? (è possibile barrare più di una casella)

- 1. Migliorare lo stato di salute/benessere
- 2. Perché ritiene che la sua alimentazione sia carente di qualche sostanza
- 3. In alternativa all'uso di un farmaco
- 4. Per migliorare le sue prestazioni fisiche
- 5. Per ritardare l'invecchiamento
- 6. Altro (specificare) _____

Negli ultimi 2 anni ha fatto uso di alimenti arricchiti ? SI NO

NB Gli alimenti arricchiti sono rappresentati da alimenti comuni (bevande, yogurt, cereali ed altri) che dichiarano in etichetta l'aggiunta di specifiche sostanze quali minerali, vitamine, fibre ecc.

Se SI indichi il tipo di sostanza/e aggiunte:

1. Vitamine e/o minerali

2. Acidi grassi

3. Fibre

4. Fitosteroli

5. Altro (specificare) _____

Grazie per la sua cortese collaborazione