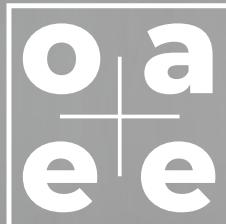


Scheda diagnostica

ADDOME METABOLICO VISCERALE



**OSSIGENAZIONE
ASSIMILAZIONE
ELIMINAZIONE
ENDOCRINO**



**PEARSON
ADVANCED
TECNIQUE**

Regeneration & Recovery

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

DATA DI NASCITA _____ TEL _____

PROFESSIONE _____ E-MAIL _____

| | si | no | | si | no |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Uso di farmaci e psicofarmaci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ipertensione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attività fisica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiroide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disturbi schiena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utero - ovaie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insonnia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anticoncezionali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piedi pesanti e gonfi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gravidanze in atto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vene varicose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Protesi metalliche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problematiche cardiache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operazioni chirurgiche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disturbi gastrointestinali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reflusso gastro-esofageo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolori articolari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Vertigini | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Pelle grassa, secca, eczemi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Emicraie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dolori mestruali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Crampi notturni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Stipsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Sensazione di contrattura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Artrosi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Patologie tumorali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Nei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Tono muscolare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Tromboflebiti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Menopausa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Pace-maker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

ABITUDINI ALIMENTARI

- **Alimenti preferiti**

- Dolci
- Carne
- Latte
- Formaggi
- Pesce
- Pane
- Alcool
- Caffè
- Altro

Note generali:

In ottemperanza con il nuovo regolamento europeo GDPR n. 679/2016, le informazioni contenute in questa scheda sono riservate e confidenziali, il loro utilizzo è consentito esclusivamente per la compilazione della scheda e non verranno ceduti a terzi.

Il/la sottoscritta dichiara inoltre di prestare il proprio specifico consenso scritto al trattamento dei dati per le ulteriori finalità di marketing e profilazione ed in particolare per lo svolgimento di attività di marketing diretto, quali l'invio - anche tramite e-mail, SMS ed MMS - di materiale pubblicitario e di comunicazioni aventi contenuti informativo e/o promozionale in relazione a prodotti o servizi forniti e/o promossi dal Titolare o da suoi partner commerciali, ivi compresi omaggi e campioni gratuiti.

Do il consenso

Nego il consenso

Firma leggibile _____

Check list

BENESSERE STRESS

| | si | no |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Senso di stanchezza alla sera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scarsa resistenza alla fatica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gonfiori generali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pelle secca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prurito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stipsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aumento di peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rossore occhi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolori mestruali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capelli grassi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contratture muscolari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alito cattivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ritenzione liquidi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aumento peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Somma si - no

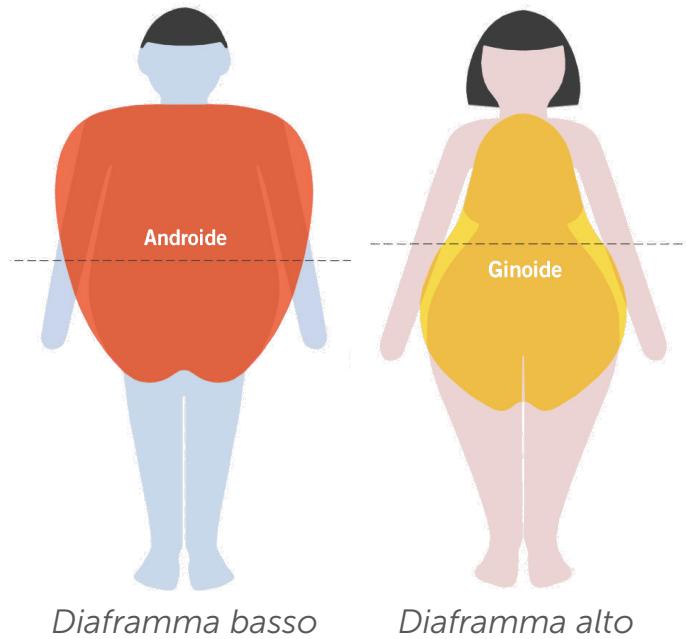
Note generali:

| | si | no |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Uso eccessivo di alcool e fumo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eccedere nel caffè | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incapacità di concentrarsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Perdita del senso dell'umorismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mancanza di interesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mangiarsi le unghie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Battito cardiaco e respiro veloce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sudare di più | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mani fredde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemi digestivi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentirsi tesi in generale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bocca asciutta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spasmi muscolari | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comportamento nervoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pigrizia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Emicrania | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Somma si - no

Note generali:

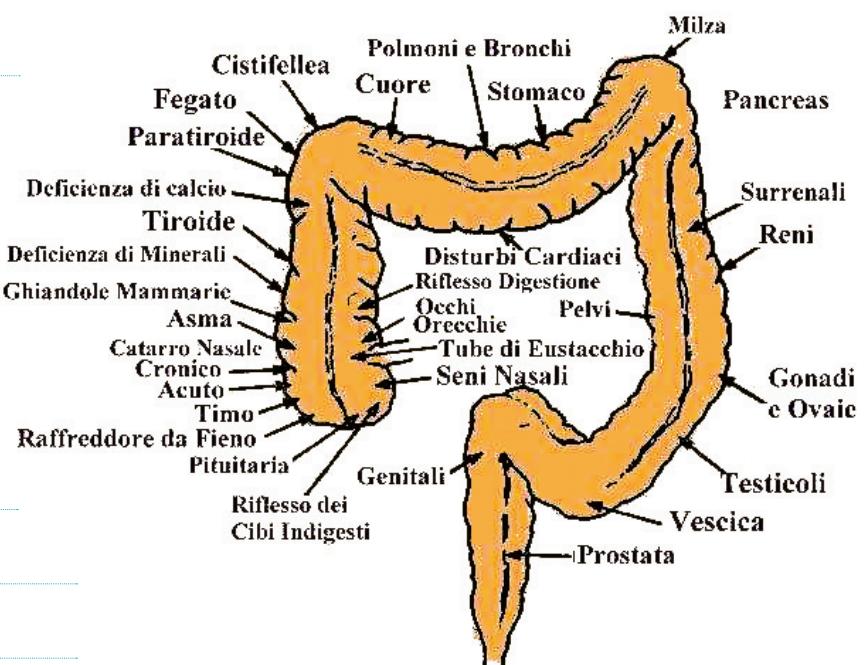
VISUAL Check list Posturale



Note:

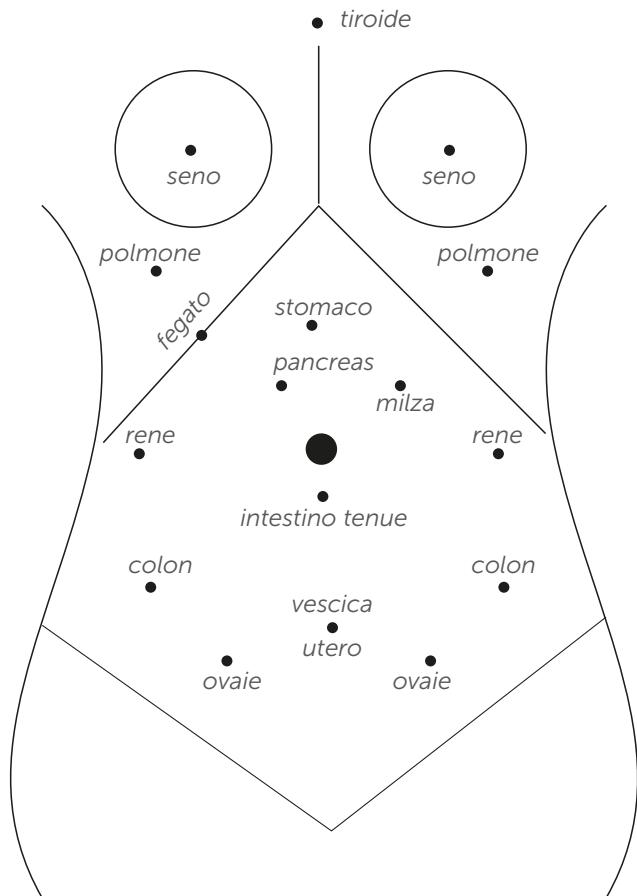
Note:

COLON NORMALE SFINTERE e SACCHE e le loro INTERAZIONI CON I CENTRI ANATOMICI E PATOLOGIE



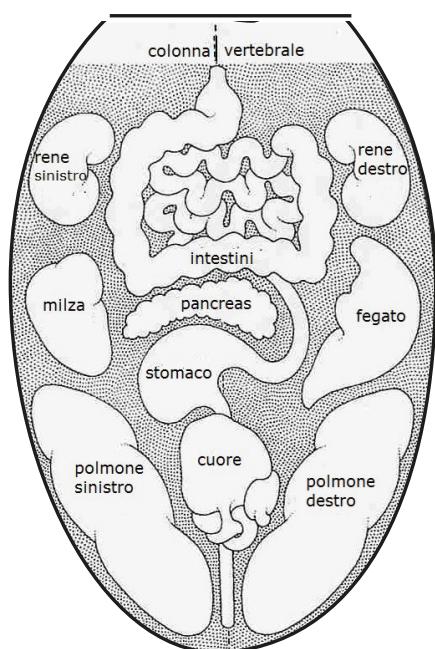
Check list

BENESSERE EMUNTORI

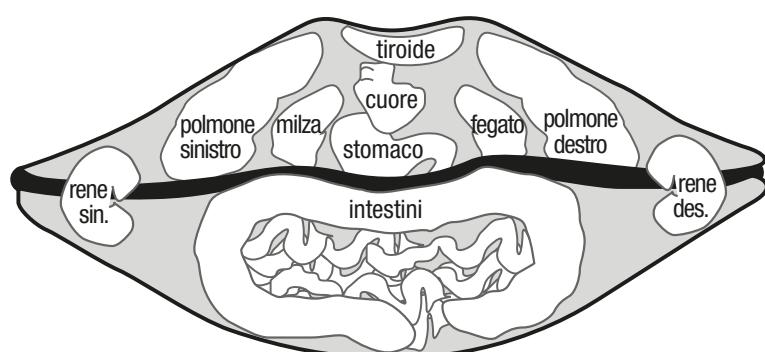


- Addome gonfio _____
- Adipe addominali _____
- Visceri _____
- OE olio essenziali _____
- Fiori di Bach _____

Mappatura labbra - lingua



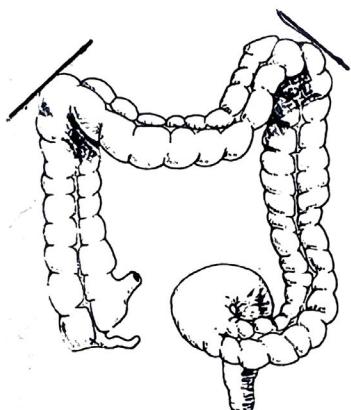
Mappatura labbra - lingua



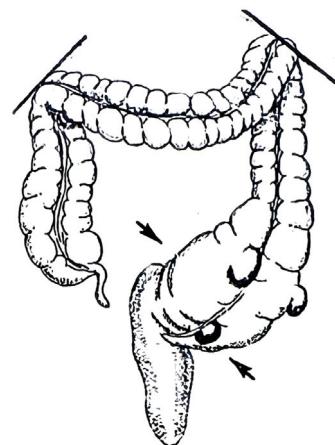
Note:

Riflessi colon

Note:

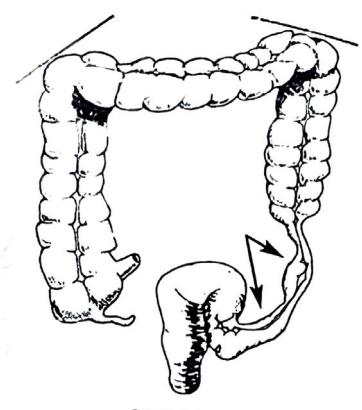


COLON NORMALE

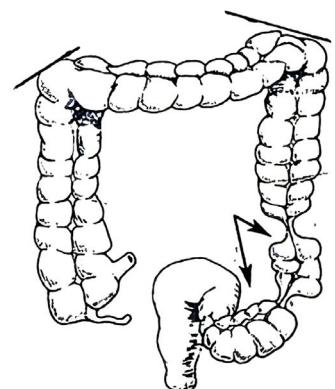


SIGMOIDE DILATATO

Note:

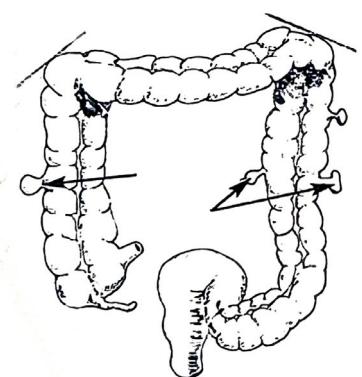


SPASMI

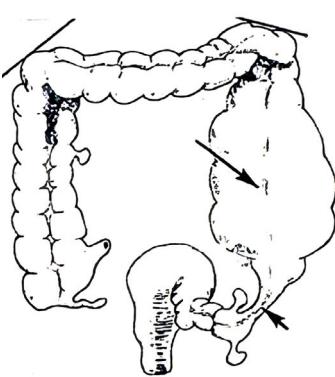


STENOSI

Note:



DIVERTICOLI



COLITI

Test viscerali

Addome 1 3 6 9
Diaframma-ossigenazione

Addome 2 3 6 9
Tensioni toraco-addominali

Addome 3 3 6 9
Bandellette-tessuto adiposo

Addome 4 3 6 9
Addome-bacino-sacro-iliaca

Note:

Ossigenazione si no

| | | | | | |
|----------------|--|--|---|---|---|
| <i>Pomoni</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>Torace</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>dorsali</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |

Assimilazione si no

| | | | | | |
|-------------------|--|--|---|---|---|
| <i>Stomaco</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>duodeno</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>pancreas</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>v. biliare</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>fegato</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |

Eliminazione si no

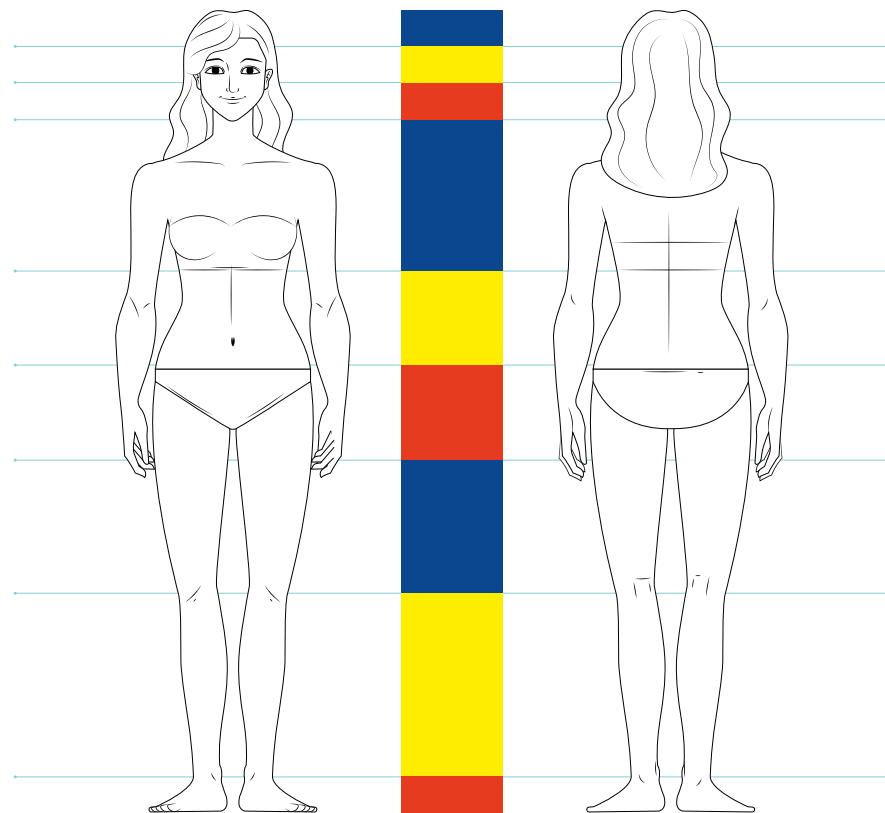
| | | | | | |
|--------------------|--|--|---|---|---|
| <i>Renе</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>intestino</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>int. crasso</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |

Sistema endocrino si no

| | | | | | |
|---------------|--|--|---|---|---|
| <i>Utero</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>ovaie</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |
| <i>vesica</i> | si | no | 3 | 6 | 9 |

Adipe addominali si no

Test biocromatico corpo



si *no* Stress _____

si *no* Colonna vertebrale _____

si *no* Alimentazione _____

si *no* Drenaggio _____

si *no* Spalla _____

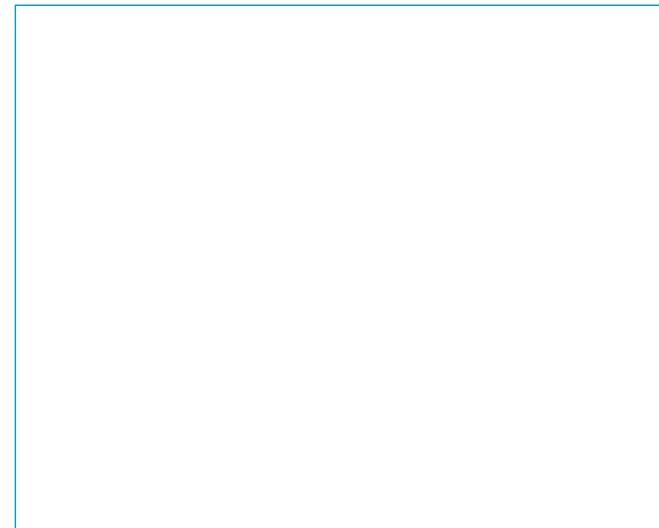
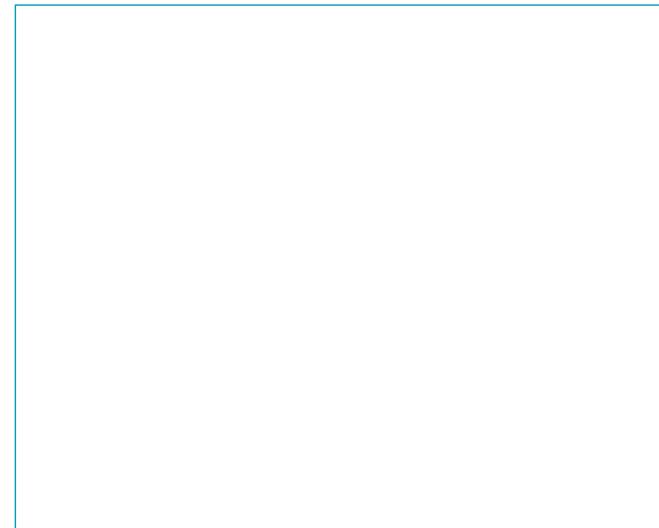
si *no* Infiammazioni _____

Emozioni _____

Altri _____

Proiezioni posturali

data inizio trattamento



Misurazione *data*

Plica cutanea *data*

Peso *data*

Note:

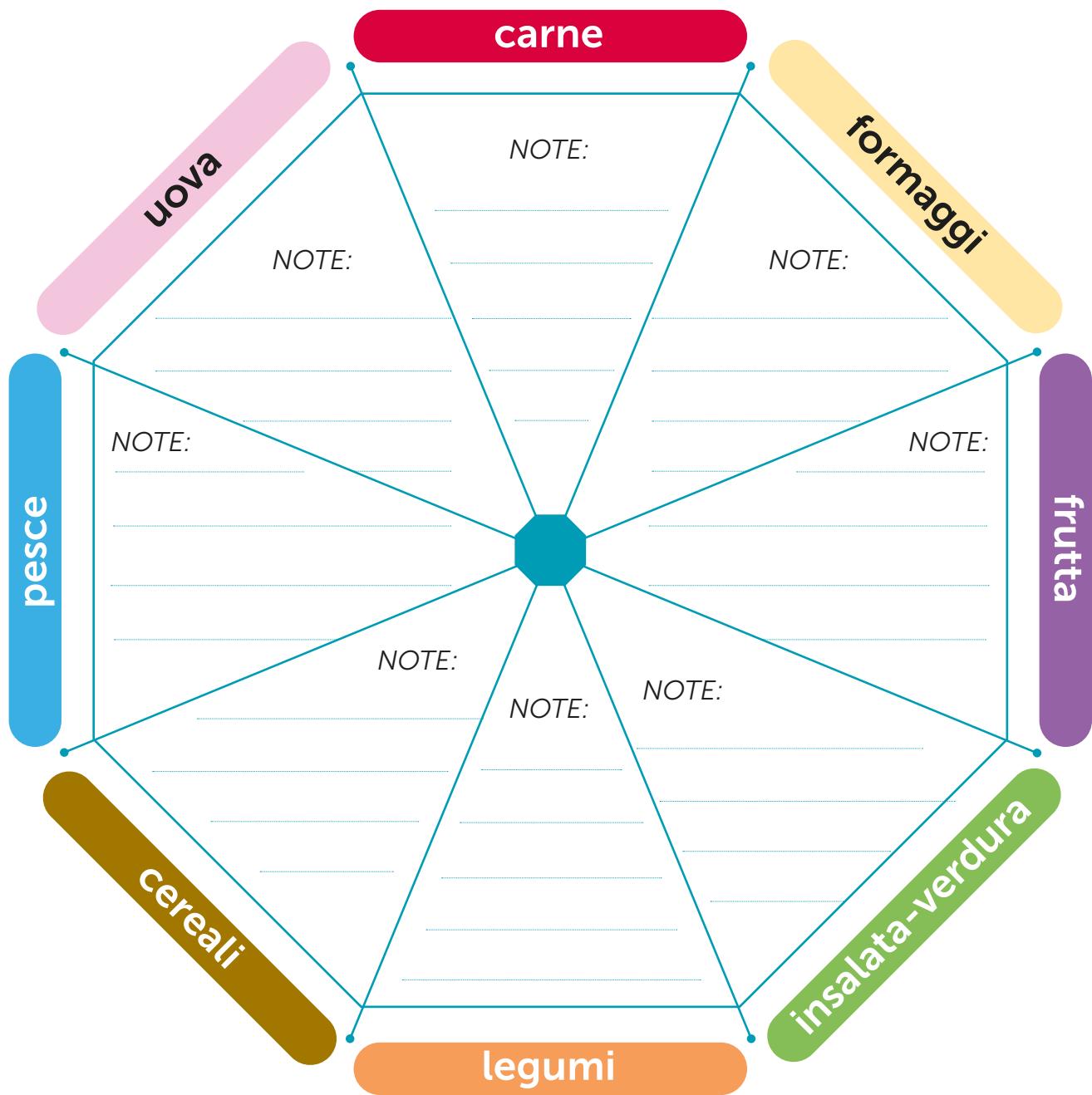


OSSIGENAZIONE
ASSIMILAZIONE
ELIMINAZIONE
ENDOCRINO



Una buona alimentazione Detox

test kinesiologico alimentare



Allergie alimentari conosciute:

carne

- tacchino pollo manzo
 manzo

formaggi

- pecorino parmigiano altro

frutta

- ananas avocado ciliegie
 datteri fichi limoni
 mela pera noci
 prugne uva papaya
 pompelmo arancio altro

insalata-verdura

- barbabietola basilico carciofo
 carota cavolo fagiolini
 finocchio sedano radicchio
 rafanello songino spinaci
 verza zucchine patate
 altro

legumi

- lenticchie orzo piselli
 ceci altro

cereali

- farro kamut quinoa
 orzo riso amaranto
 altro

pesce

acciughe

 calamaro

merluzzo

 tonno

 pesce spada

sarde

sgombro

triglia

altro

uova



Note:

Programma Detox 3 giorni

Note:

Programma Detox 6 giorni

Note:

Programma Detox 9 giorni

Note:

**Controlli
salivari
PH date**

Proposta trattamento

Sig.

data

| seduta | manualità | tecnologia | cosmetico | altro | altro |
|--------|-----------|------------|-----------|-------|-------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Sequenza trattamento

1° ciclo

Sig.

data

| seduta | manualità | tecnologia | cosmetico | | |
|--------|-----------|------------|-----------|--|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Sequenza trattamento

2° ciclo

Sig.

data

| seduta | manualità | tecnologia | cosmetico | | |
|--------|-----------|------------|-----------|--|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Sequenza trattamento

3° ciclo

Sig.

data

| seduta | manualità | tecnologia | cosmetico | | |
|--------|-----------|------------|-----------|--|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Sequenza trattamento

4° ciclo

Sig.

data

| seduta | manualità | tecnologia | cosmetico | | |
|--------|-----------|------------|-----------|--|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |



PEARSON *TOUCHING*