

Scheda diagnostica

ADDOME METABOLICO VISCERALE



OSSIGENAZIONE
ASSIMILAZIONE
ELIMINAZIONE
ENDOCRINO



**PEARSON
ADVANCED
TECHNIQUE**

Regeneration & Recovery

NOME E COGNOME _____

INDIRIZZO _____

DATA DI NASCITA _____ TEL _____

PROFESSIONE _____ E-MAIL _____

	si	no
Uso di farmaci e psicofarmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insonnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedi pesanti e gonfi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vene varicose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problematiche cardiache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi gastrointestinali	<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"/>

	si	no
Iipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utero - ovaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoncezionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanze in atto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesi metalliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operazioni chirurgiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflusso gastro-esofageo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ABITUDINI ALIMENTARI

• Alimenti preferiti

• Dolci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Formaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pesce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Caffè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 contenuto 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
<i>Senso di stanchezza alla sera</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Scarsa resistenza alla fatica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Gonfiori generali</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Allergie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pelle secca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Prurito</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Stipsi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Disturbi del sonno</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aumento di peso</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Rossore occhi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dolori mestruali</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Capelli grassi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Contratture muscolari</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sinusite</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alito cattivo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ritenzione liquidi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Aumento peso</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somma si - no

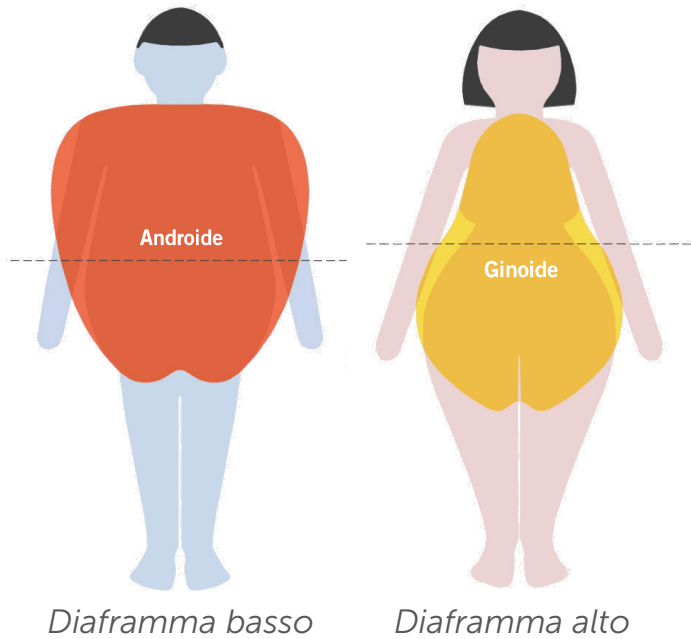
Note generali:

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

Somma si - no

Note generali:

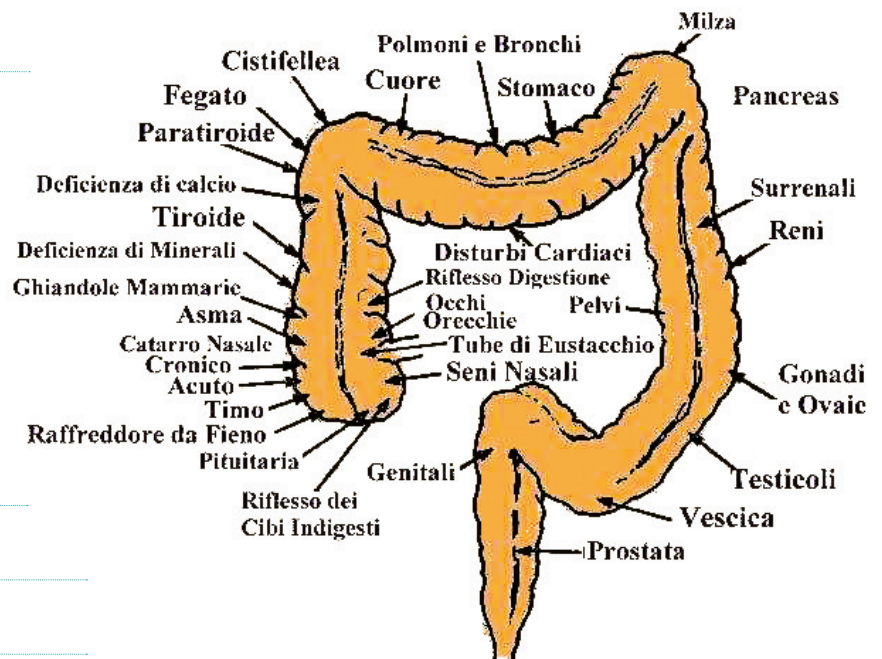
VISUAL Check list Posturale



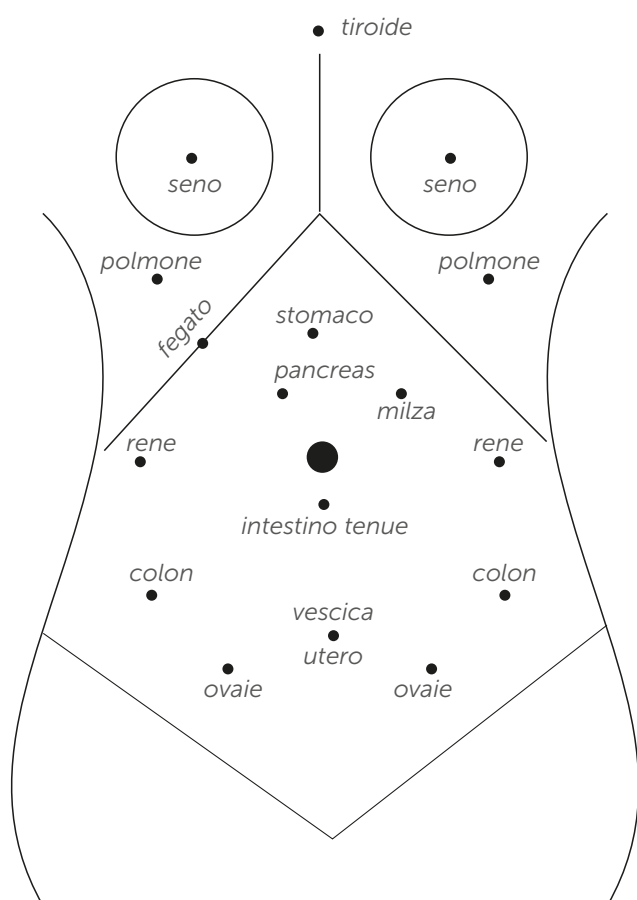
Note:

Note:

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



Check list BENESSERE EMUNTORI



☐ Addome gonfio _____

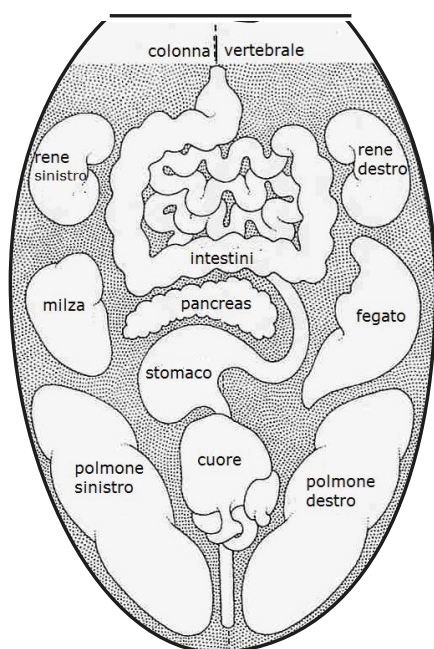
☐ Adipe addominali _____

☐ Visceri _____

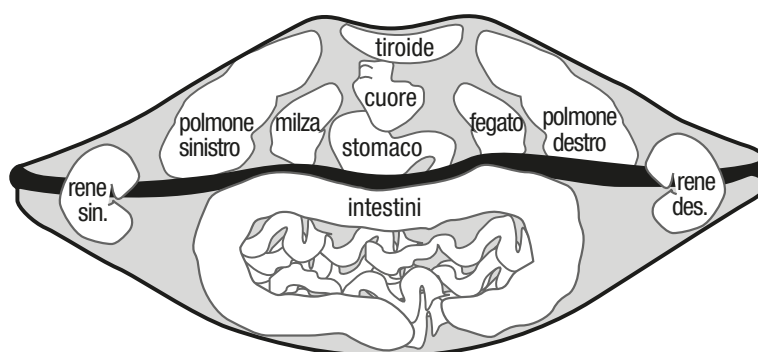
☐ OE olii essenziali _____

☐ Fiori di Bach _____

Mappatura labbra - lingua

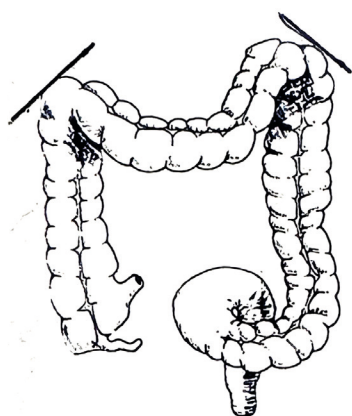


Mappatura labbra - lingua



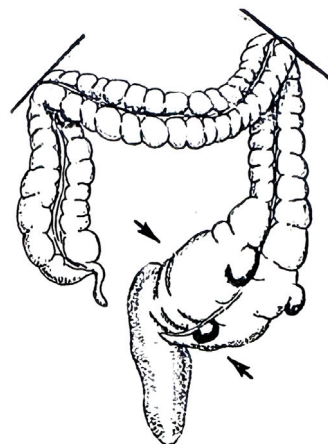
Note:

Riflessi colon



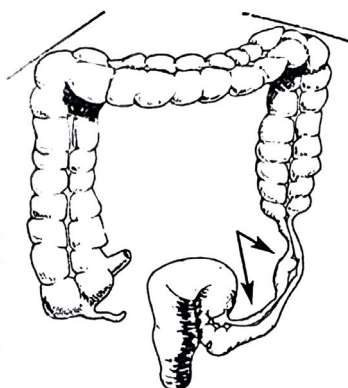
COLON NORMALE

Note:

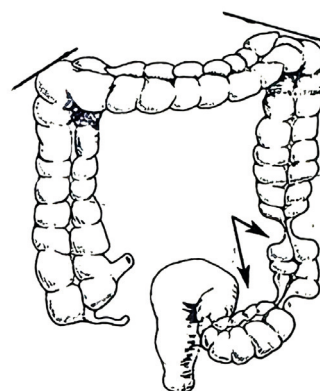


SIGMOIDE DILATATO

Note:

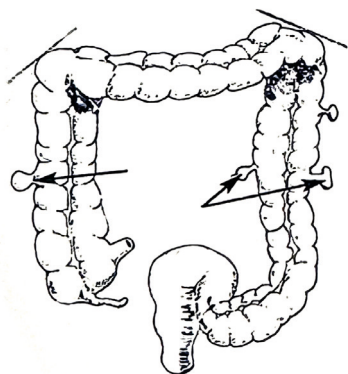


SPASMI

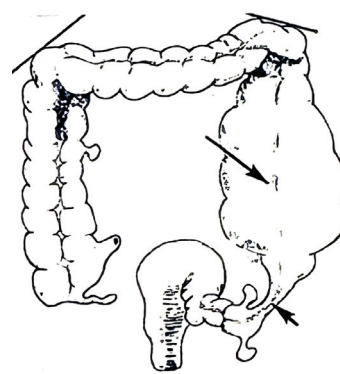


STENOSI

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

Pomoni

si

no

3

6

9

Torace

si

no

3

6

9

dorsali

si

no

3

6

9

Assimilazione

si

no

Stomaco

si

no

3

6

9

duodeno

si

no

3

6

9

pancreas

si

no

3

6

9

v. biliare

si

no

3

6

9

fegato

si

no

3

6

9

Eliminazione

si

no

Rene

si

no

3

6

9

intestino

si

no

3

6

9

int. crasso

si

no

3

6

9

Sistema endocrino

si

no

Utero

si

no

3

6

9

ovaie

si

no

3

6

9

vesica

si

no

3

6

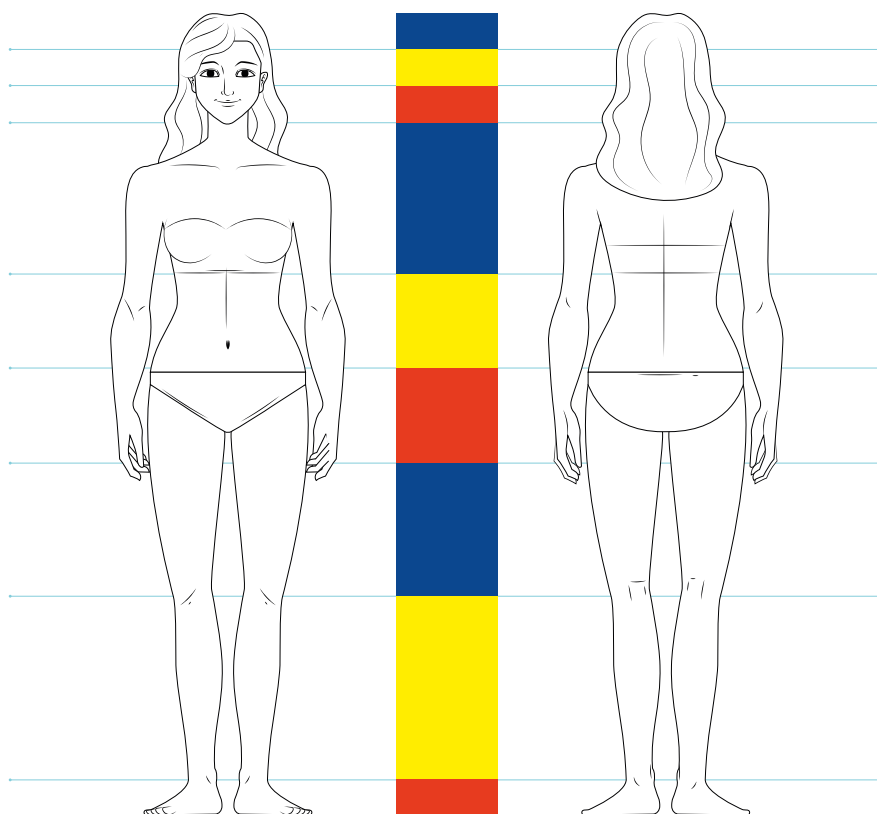
9

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

Alro

Proiezioni posturali

data _____ inizio trattamento _____

Misurazione _____ data _____

Plica cutanea _____ data _____

Peso _____ data _____

Note:



OSSIGENAZIONE
ASSIMILAZIONE
ELIMINAZIONE
ENDOCRINO



Una buona alimentazione Detox

test kinesiologico alimentare

carne

NOTE:

formaggi

NOTE:

frutta

NOTE:

insalata-verdura

NOTE:

legumi

NOTE:

cereali

NOTE:

pesce

NOTE:

uova

NOTE:

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*