EMANUELE *Dott.* COMPRI

QUESTIONARIO OMEOPATICO

Anagrafica

NOME: _____ COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ INDIRIZZO: _____

CITTA': _____ PROVINCIA: _____ CAP: _____ NAZIONE: _____

C.F. / P. IVA: _____ TEFEFONO: _____ E-MAIL: _____

CONSENSO PRIVACY: ☐ *Ho preso visione ed acconsento* CONSENSO INFORMATO: ☐ *Ho preso visione ed acconsento*

Informazioni personali

STATO CIVILE: _____ GRUPPO SANGUIGNO_____

MOTIVO PER CUI TI SEI RIVOLTO ALL'OMEOPATA

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Descrivi i motivi (sia fisici che mentali) che ti hanno spinto a richiedere una consulenza omeopatica*
– *Descrivi le tue conoscenze ed esperienze sull'Omeopatia*
– *Descrivi le tue aspettative dalla cura omeopatica basata sulla scelta del rimedio unico*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DIARIO DI CURA

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Esprimi il tuo essere, mediante le tue sensazioni, i tuoi sentimenti, nonchè i disturbi fisici che si stanno manifestando dopo l'inizio della cura omeopatica*
- *In particolare fai riferimento sempre a quanti giorni sono passati dall'ultima monodose somministrata, oppure se stai assumendo giornalmente le gocce, fai riferimento al numero della potenza del principio attivo*
- *Non darti un limite di spazio, è illimitato e impara ad ascoltarti, nell'animo, nel cuore e nel fisico*
- *Il diario di cura mi servirà a migliorare e individualizzare al meglio la tua prescrizione omeopatica*

CRONOLOGIA DEI RIMEDI OMEOPATICI PRESCRITTI

- *Scrivi i rimedi prescritti dal Dott. Compri riportando con precisione il nome, la potenza e la preparazione (esempio SEPIA XMK globuli LYCOPODIUM 1LM gocce)*
- *Scrivi accanto ai rimedi prescritti la data di assunzione (nel caso dei globuli) o la data di inizio della terapia (nel caso delle gocce)*
- *Scrivi i rimedi che hai assunto in caso di patologia acuta, di cui hai tratto particolare beneficio, con una rapida evoluzione del processo morboso*

TERAPIE MEDICHE

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Indica in generale i trattamenti medici farmacologici e non prevalenti, secondo le seguenti fasi della vita, come nell'esempio:*
– *Infanzia: creme per dermatite*
– *Adolescenza: antibiotici e antipiretici per tonsilliti*
– *Giovane Adulto: antibiotici per ascessi cutanei e creme per psoriasi*
– *Adulto: cortisone per ernia del disco*
– *Anziano: diverse cure mediche per le numerose patologie*
– *Farmaci assunti al bisogno: antiinfiammatori per cefalea*
– *Farmaci fitoterapici: tisane per dormire o lassative*
– *Farmaci Omeopatici (prima del nostro incontro): Oscillicoccinum*

ELENCO PATOLOGIE DIAGNOSTICATE ED ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI IN ANESTESIA TOTALE O LOCALE

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Scrivi l'anno presunto e la relativa età di diagnosi delle patologie di cui soffri e degli interventi chirurgici a cui ti sei sottoposto*
– *Aiutati con la documentazione medica in tuo possesso*

(Esempio: 1955 - 20 anni Tonsilliti trattate con asportazione, 1975 - 40 anni Calcoli della colecisti trattati chirurgicamente, 1980 - 45 anni Diabete Mellito, 1985 - 50 anni Ipertensione Arteriosa, 1992 - 57 anni Basalioma)

DISPIACERI SENTIMENTALI, FAMILIARI E LAVORATIVI

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Scrivi l'anno in cui hai avuto un forte dispiacere, ad esempio una delusione sentimentali o d'amicizia, un lutto o episodi di mobbing lavorativo, fallimento o licenziamento nel campo del lavoro*
- *Verifica se da quell'evento sono insorti dei disturbi fisici per i quali sei in cura o hai fatto dei trattamenti medici*

SVILUPPO PSICO-SOMATICO INFANZIA-ADOLESCENZA

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Scrivi, se ricordi, come è stato il tuo sviluppo fisico, in particolare rispetto alla parola, alla dentizione e al camminare in rapporto ai tuoi coetanei, e il tuo sviluppo caratteriale, in rapporto all'inserimento all'asilo, alla scuola e al gioco*
- *Scrivi, se ricordi, effetti nocivi delle vaccinazioni o i disturbi nei giorni successivi*
- *Scrivi, se ricordi, le malattie infettive dell'infanzia e come sono decorse, se hanno portato a complicanze o meno*

ALLATTAMENTO, ALIMENTAZIONE, VERMI E PARASSITOSI

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Descrivi come è stato il tuo allattamento, se naturale o artificiale, se vi fossero disturbi o meno*
- *Descrivi come è ti alimenti, i cibi che ti piacciono in modo particolare, di cui non faresti a meno, e ti cibi di cui non puoi nemmeno vedere l'odore, oppure di cibi che ti piacciono, ma ti fanno stare male*
- *Descrivi il tuo rapporto con il cibo*
- *Ricordi se nell'infanzia o adolescenza hai sofferto di ossiuri, ascaridi, tenia o nella tua vita hai contratto parassitosi*

MESTRUAZIONI, GRAVIDANZA, ALLATTAMENTO E MENOPAUSA

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Descrivi il ciclo mestruale nei dettagli: la sua regolarità, le caratteristiche del flusso, in particolare l'aspetto, la quantità e la presenza o meno di coaguli, il momento prevalente della giornata in cui compare il flusso*
- *Descrivi i sintomi che precedono il ciclo e come variano alla comparsa della mestruazione*
- *Descrivi i sintomi che insorgono durante o al termine della mestruazione*
- *Descrivi come sono state le tue gravidanze ed eventuali disturbi clinici, il parto e i giorni successivi al parto*
- *Descrivi i sintomi che hanno caratterizzato la tua pre- e post-menopausa*

SONNO E SOGNI

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Descrivi la tua qualità del sonno*
– *Descrivi la posizione durante il sonno*
– *Descrivi sogni ricorrenti o particolari*
– *Descrivi la sudorazione durante il sonno*
– *Descrivi il tuo risveglio al mattino*
– *Descrivi i momenti prima di coricarti*

COSTITUZIONE FISICA

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Descrivi i tuoi lineamenti, la tua ossatura*
– *Descrivi il tuo viso, nella forma del naso, delle orecchie, delle labbra e del mento*
– *Descrivi le tue mani, i tuoi piedi, le unghie, la loro forma e il loro colore*
– *Inserisci delle tue foto all'inizio della cartella clinica*

RAPPORTO AMBIENTE ATMOSFERICO

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Scrivi le tue sensazioni di benessere o malessere in relazione al tempo atmosferico (dal tempo soleggiato / nuvoloso / piovoso / nevoso… etc.), nonché le variazioni di umore in rapporto alle quattro stagioni o ad una particolare mensilità*
- *Scrivi le reazioni del tuo corpo all'esposizione a correnti d'aria sia fredde, che calde*
- *Scrivi le reazioni del tuo corpo in rapporto ad un ambiente confinato (ad esempio desiderio di aprire le finestre, oppure di mettersi vicino ad una stufa calda)*

STORIA FAMILIARE

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Scrivi le patologie più note della tua famiglia (genitori, nonni e bisnonni), in particolare se vi fosse una familiarità per psoriasi, tubercolosi e infezioni delle vie genitali e cancro*
- *Scrivi l'età dei tuoi genitori e le loro patologie oppure l'età in cui sono deceduti e il motivo del decesso*

RAPPORTO CON LA FAMIGLIA, GLI ALTRI E GLI ANIMALI

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Descrivi il tuo rapporto con i tuoi genitori, con il tuo partner, con i tuoi figli*
– *Descrivi il tuo rapporto con i tuoi amici, colleghi di lavoro*
– *Descrivi il tuo rapporto con i conoscenti e con le persone nuove, che appena conosci*
– *Descrivi il tuo rapporto con gli animali*

SCUOLA - LAVORO

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Descrivi il tuo andamento scolastico e come vivevi la scuola e gli esami*
– *Descrivi il tuo lavoro e come lo vivi*

GIOCO – HOBBY

– *Scrivi la data di compilazione*
– *Descrivi cosa ti piace fare nel tuo tempo libero, cosa ti rilassa e cosa ti diverte*
– *Descrivi anche ciò che non vorresti mai fare nel tempo libero, cosa non ti rilassa e cosa non ti diverte*

SINTOMI NON VERBALI

- *Scrivi la data di compilazione*
- *Osservate i vostri figli, in particolare i neonati e i lattanti, quando non parlano, e descrivetemi come si comportano*
- *Come reagiscono i vostri bimbi quando vengono cullati e portati in braccio*
- *Come reagiscono i vostri figli in macchina, in treno o in nave. Soffrono di mal'auto, mal di treno o mal di mare ? - Osservate i vostri figli, in particolare neonati e lattanti, di notte, in quale posizione dormono; se sudano, dove sudano; se si scoprono oppure rimangono coperti fino al collo; se parlano; se si muovono in continuazione o meno*
- *Per i genitori: ogni dettaglio della natura è importante, cercate di eliminare il più possibile i termini medici, ma raccontate quello che vedete*