

## Anamnesi LOCO

### 1. Blocco tematico: Covariabili generiche e attuali

#### Malattie

<b>1. Soffrite di una malattia acuta o cronica?</b>	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
	<p><i>In caso affermativo:</i></p> <p>Di che genere di malatti si tratta?</p> <p>(→ Fissazione di un nuovo appuntamento in caso di raffreddore acuto!)</p>
<b>2. Vi è mai stata diagnosticata una malattia del sistema immunitario (ad es. HIV/AIDS)?</b>	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
	(→ Estromissione in caso affermativo!)
<b>3. C'è una malattia che compare spesso nella vostra famiglia?</b>	

#### Farmaci

<b>4. Attualmente assumete dei farmaci?</b>	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Se sì,</i></th> <th>Farmaco</th> <th>Dose/Frequenza</th> <th>Scopo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>quali?</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<i>Se sì,</i>	Farmaco	Dose/Frequenza	Scopo	<i>quali?</i>											
<i>Se sì,</i>	Farmaco	Dose/Frequenza	Scopo														
<i>quali?</i>																	
<b>5. Se di sesso femminile, assumete un preparato anticoncezionale ormonale?</b>	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>																

6. Se di sesso femminile, quanti giorni orsono avete avuto le ultime mestruazioni?

Numero di giorni:

### Fumo

7. Avete mai fumato regolarmente?

Sì

No

(→ in caso negativo, passare alla domanda 8)

8. Attualmente fumate?

Sì

No

(→ in caso negativo, continuare con la forma del passato)

*In caso negativo*

a. Quante sigarette fumate/avete fumato al giorno?  
Quantità:

b. Da quanti anni ne fumate già questa quantità? Per quanti anni ne avete fumato questa quantità?  
Anni:

### Sonno e stress

9. Per quante ore avete dormito la notte scorsa?

Ore:

10. Vi siete svegliati di tanto in tanto la notte scorsa?

Sì

No

11. A che ora vi siete svegliati questa mattina?

Orario:

12. Stamattina, avete sperimentato una situazione stressante?

Sì

No

### Alimentazione

13. Quanto avete mangiato qualcosa per l'ultima volta?

Orario:

(→ se più di 8 ore prima: allora digiuni )

*Nel caso in cui si mangiato qualcosa nelle 8 ultime ore:*

a. Quando avete mangiato?  
Orario:

b. Che cosa avete mangiato?

**14. Nelle ultime 8 ore, avete assunto della  
caffèina (caffè, coca-cola, ecc.)?**

- Sì  
 No

*In caso affermativo:*

a. Quanto avete assunto della caffèina?  
Orario:

b. Cosa avete bevuto?

c. Quanto ne avete bevuto?  
Quantità:

### Alcool

**15. Nelle ultime 8 ore, avete consumato  
dell'alcool?**

- Sì  
 No

*In caso affermativo:*

a. Che cosa avete bevuto?

b. Quanto ne avete bevuto?  
Quantità:

### Sport

**16. Nelle ultime 8 ore, avete praticato  
un'attività sportiva? O avete dovuto  
camminare velocemente o correre per  
arrivare qui?**

- Sì  
 No

*In caso affermativo:*

a. Di che genere di attività si è trattato?

b. Per quanto a lungo?  
Minuti:

c. Quando esattamente?  
Orario:

## 2. Blocco tematico: Dati riferiti alle rilevazioni

### Capelli

1. Colore dei capelli:	
2. Lunghezza dei capelli in cm:	
3. Capelli colorati:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	<i>Se sì colore</i> Naturale di capelli:
4. Quando vi siete lavati i capelli per l'ultima volta?	Numero di giorni:
5. Commenti riguardo al prelievo dei capelli?	

### Altezza/Peso

6. Altezza in metri:	
7. Peso in chilogrammi:	
8. Body Mass Index (BMI):	(→ funzione che lo calcola automaticamente)

### Prelievo del sangue

9. Orario esatto del prelievo del sangue:	
10. Commenti riguardo al prelievo del sangue:	