

# Analisi personalizzata per determinare il vostro profilo bionutrizionale (Ionic Mineral Enzymo Therapy)

Signor/a ..... Nato/a il ...../...../....., residente a .....

Cognome

Nome

Altezza cm. .... - Peso kg. .... - Motivo visita .....

## ABITUDINI ALIMENTARI

data ...../...../201...

- 1 · Consuma carne e/o salumi più di 5 volte alla settimana ?
- 2 · Consuma prodotti in scatola, surgelati, o piatti preparati in modo industriale più di 2 volte alla settimana ?
- 3 · Consuma 2 o più latticini al giorno (latte, yogurt, formaggio, burro, panna) e/o piatti contenenti latticini (besciamella, gelati, crema pasticciera, budini...) ?
- 4 · Consuma pesce grasso o semi-grasso ( salmone, tonno, sgombri, sardine) almeno 2 volte alla settimana, o assume capsule a base di omega 3 o olio di pesce ?
- 5 · Consuma olio di oliva extra vergine di prima spremitura a freddo per condire l'insalata o le verdure ?
- 6 · Condisce con altri oli di prima spremitura a freddo, tipo colza, girasole, noci, o prende integratori a base di oli vegetali ?
- 7 · Mangia regolarmente o più di 2 volte alla settimana prodotti di pasticceria (torte salate, brioche, crostate, pasticcini, pasta sfoglia...) ?
- 8 · Mangia regolarmente o più di 3 volte alla settimana nei fast food, mense, pizzerie, bar o ristoranti ?
- 9 · Consuma più di 2 prodotti dolciari al giorno [biscotti, paste, merendine, barrette, zucchero raffi nato (più di 2 zollette pari a 10 grammi), miele e/o bevande zuccherate, succhi di frutta industriali, caramelle] ?
- 10 · Consuma ogni giorno diverse porzioni di verdura cruda e diversi frutti di stagione ?
- 11 · Consuma ogni giorno almeno una porzione di verdure di stagione cotte al vapore ?
- 12 · Consuma regolarmente prodotti integrali, biologici o dell' orto ?
- 13 · Ha l'abitudine di fare una cena abbondante ?
- 14 · Mangiate ad ore regolari e con tranquillità ?
- 15 · Ha l'abitudine di saltare uno dei tre pasti principali più di una volta alla settimana (prima colazione, pranzo, cena) ?
- 16 · Segue una dieta ipo-calorica con restrizioni alimentari ?
- 17 · Beve più di 1/2 litro d'acqua al giorno al di fuori dei pasti ?

## CARATTERISTICHE FISICHE E AMBIENTALI

- 18 · Ha una pelle secca, rugosa, o a tendenza acneica ?
- 19 · E' spesso soggetto a disturbi al naso (raffreddori, sinusiti, rinite), gola, orecchie (otite), allergie ?
- 20 · Perde i capelli in maniera importante, o li vede devitalizzati ?
- 21 · Fuma più di 10 sigarette al giorno e/o beve più di 2 bicchieri di vino al giorno o più di un super alcolico al giorno ?
- 22 · Ha più di 3 otturazioni con amalgama (otturazioni non di resina), corone, ponti, attacchi, impianti metallici in bocca ?
- 23 · Abita in centro un centro urbano con molto traffico o inquinamento industriale ?
- 24 · Ha il colesterolo, trigliceridi, o acido urico alto ?
- 25 · Si stanca facilmente salendo le scale ? E' in cura per ipertensione o disturbi cardiovascolari ?

## DIGESTIONE

- 26 · Ha problemi di transito intestinale (diarrea, stitichezza) ?
- 27 · Ha mal di testa dopo un pasto abbondante ?
- 28 · Ha la lingua bianca, patinata, impastata, o l'alito cattivo ?
- 29 · Ha una digestione lenta o difficile ?

## DISTURBI

- 30 · Ha dolori muscolari cronici soggette o soffre di decalcificazione (osteoporosi) ?
- 31 · Ha le gengive sensibili, infiammate o che sanguinano ?
- 32 · Soffre il freddo ?
- 33 · Ha spesso voglia di qualcosa di dolce ?
- 34 · Se salta un pasto o è preso in ritardo, prova irritabilità o stanchezza ?
- 35 · Prima dei pasti, sente un' abbassamento dell' attenzione e della concentrazione, un' emotività aumentata ?
- 36 · Soffre spesso di vertigine, nausea, o cefalea ?
- 37 · Si sente stressato dalla sua vita quotidiana, si sente sopraffatto da problemi personali, familiari o professionali ?
- 38 · Attualmente è particolarmente nervoso, ansioso, stanco, dal punto di vista psicologico ?

- 39 · Ha un' umore depressivo, Le sembra di avere perso interesse o piacere per quello che prima amava fare ?
- 40 · Sente la mancanza di un sonno riparatore (difficoltà ad addormentarsi, sonno agitato, risvegli notturni) ?
- 41 · Ha regolarmente mal di schiena ?
- 42 · Ha macchie cutanee, rughe, o diminuzione dell' elasticità cutanea premature per la Sua età ?
- 43 · Soffre di fatica oculare, problemi di vista, difficoltà di accomodazione, cataratta ?
- 44 · Soffre di una diminuzione di mobilità articolare o di dolori meccanici legati all' artrosi ?
- 45 · Si sente invecchiare in modo anomalo ?

#### PER LEI

- 46 · E' soggetta a disturbi premenstruali (ritenzione idrica, aumento di peso, cefalee, dolori al seno, irritabilità) ?
- 47 · Prende un contraccettivo ormonale (pillola, dispositivo intra uterino, impianto sotto-cutaneo) ?
- 48 · Ha un ciclo irregolare, è in stato di gravidanza, o ha problemi di sterilità ?
- 49 · Ha disturbi legati alla menopausa o pre-menopausa (caldane, aumento di peso) ?
- 50 · E' soggetta a perdite bianche, bruciori, prurito vaginale e infezioni genito-urinarie ?

#### PER LUI

- 51 · Ha bisogno di urinare più frequentemente ?

#### PER IL VOSTRO BAMBINO/A

- 52 · E' agitato, iperattivo, o stressato ?
- 53 · E' in un periodo di crescita intenso ?.

#### DOMANDE SULLA SALUTE IN GENERALE

- 54 · Soffre di asma o di disturbi cutanei (eczema, psoriasi, dermatite atopica...) ?
- 55 · Ha macchie bianche sulle unghie, presentano striature, sono molli o si rompono ?
- 56 · Ha spesso pruriti cutanei ?
- 57 · E' quotidianamente soggetto/a a inquinamenti elettromagnetici (computer, televisione, cellulare, cavi di alta tensione) ?
- 58 · Svolge poca o nessuna attività fisica (meno di 30 minuti a settimana) ?
- 59 · Ha una localizzazione del grasso corporeo più importante sulla parte addominale ?
- 60 · Soffre di sudore notturno, o suda in modo importante durante la giornata ?
- 61 · Ha frequentemente gonfi orzi, aria o dolori intestinali (coliti) ?
- 62 · Si sveglia regolarmente nella seconda parte della notte, verso le 2 del mattino ?
- 63 · Ha assunto antibiotici per un periodo prolungato (più di un mese) o più volte nel corso degli ultimi 6 mesi ?
- 64 · Ha regolarmente prurito nella regione anale o genitale ?
- 65 · Ha carie, gengiviti, afte, o denti mobili ?
- 66 · E' soggetto/a a crampi, tendiniti, dolori e rigidità muscolari ?
- 67 · Ha regolarmente bruciori o infezioni urinarie ?
- 68 · Ha capelli o il viso di colorito spento ?
- 69 · Soffre spesso di sonnolenza o di sconforto dopo i pasti ?
- 70 · E' soggetto/a a debolezza, tremori, crampi muscolari, tetanie, spasmodia ?
- 71 · Sente la necessità di stimolanti (caffè, tè, alcool, tabacco) ?
- 72 · Ha spesso pulsioni mangereccio fuori dai pasti principali ?
- 73 · Ha difficoltà di memorizzare o disturbi della concentrazione ?
- 74 · Risente regolarmente di perdite di energia, o di un esaurimento nervoso ?
- 75 · Prova un sentimento di devalorizzazione o di mancanza di fiducia in se stesso ?
- 76 · Ho recentemente vissuto un evento grave particolarmente stressante che non riesce a sormontare psicologicamente ?
- 77 · Ricorda più facilmente gli avvenimenti passati piuttosto che quelli recenti ?
- 78 · Accusa spesso disturbi dell' equilibrio, vertigini, ronzii alle orecchie o udisce meno bene di prima ?
- 79 · E' soggetto/a ad un trattamento farmacologico di lunga durata (non con medicinali omeopatici o integratori) ?
- 80 · E' esposto/a in modo eccessivo al sole o ha preso colpi di sole in modo frequente ?
- 81 · Ha le articolazioni rigide e i muscoli rigidi al risveglio

Il suo **profilo Bionutrizionale loMET®** verrà definito grazie all'analisi informatica di questo questionario. **Mettete la crocetta solo sul numero della risposta interessata.** I risultati permetteranno di valutare eventuali rischi legati a sovraccarichi tossinici e/o alle varie carenze minerali e vitaminiche. **I risultati verranno interpretati solo dallo specialista** che sarà in grado di commentarli, e in seguito di adattare, previa visita medica, in caso di necessità, un trattamento bionutrizionale personalizzato, alimentare, stile di vita ed inizialmente anche con supporto mirato di integratori o altro.