

**A cura del Laboratorio**

Data arrivo

Firma per Accettazione

**PERSONAL MICROBIOMA: SCHEDA RACCOLTA DATI E CONSENSO ALL'ANALISI**

DATA PRELIEVO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Identificare secondo l'immagine a lato la consistenza delle feci al momento del campionamento e indicare:

- ☐ Tipo 1
- ☐ Tipo 2
- ☐ Tipo 3
- ☐ Tipo 4
- ☐ Tipo 5
- ☐ Tipo 6
- ☐ Tipo 7

**DATI DEL CAMPIONE**

☐ tampone fecale

☐ campione raccolto da idrocolon

**Scala delle feci di Bristol**

|        |                                                                                      |                                                                                       |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo 1 |    | Grumi duri separati tra loro, come noci (difficili da espellere).                     |
| Tipo 2 |   | A forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro.                             |
| Tipo 3 |    | Come un salame, ma con crepe sulla sua superficie.                                    |
| Tipo 4 |    | Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida.                                   |
| Tipo 5 |    | Pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati; chiara (facile da evacuare). |
| Tipo 6 |    | Pezzi soffici/flocculari con bordi frastagliati, feci pastose.                        |
| Tipo 7 |  | Acquosa, nessun pezzo solido. Completamente liquida.                                  |

**DATI PERSONALI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

Sesso ☐ M ☐ F

**INVIANTE**

Professionista di riferimento \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_

\*indirizzo e-mail al quale si richiede che venga inviato il report dell'analisi

**INDICARE LA MOTIVAZIONE PER CUI SI RICHIEDE L'ANALISI**

---

**ANAMNESI PERSONALE**

Codice di esenzione (patologia): \_\_\_\_\_

Nato/a con parto: ☐ Cesareo ☐ Naturale

Allattamento ricevuto: ☐ Al seno ☐ Artificiale

Attualmente in gravidanza ☐ SI ☐ NO

Etnia: ☐ Caucasica ☐ Africana ☐ Amerinda ☐ Asiatica

Fumatore: ☐ SI Sigarette al giorno: \_\_\_\_\_

☐ NO ☐ Non più da \_\_\_\_\_

Attività fisica: ☐ Nessuna ☐ Poca ☐ Regolare ☐ Agonistica

Regolarità intestinale: n. evacuazioni al dì: \_\_\_\_\_ ☐ evacuazione ogni n. giorni: \_\_\_\_\_

Consistenza abituale delle feci: ☐ A grumi separati e difficile da espellere ☐ Grumosa  
☐ Allungata e presenza di crepe sulla superficie ☐ Allungata e aspetto liscio  
☐ Frammenti morbidi e separati ☐ Pastosa e informe ☐ Acquosa/liquida

**CONDIZIONI DI MALESSERE**

Indicare se si soffre dei seguenti disturbi: ☐ Problemi di digestione ☐ Gonfiore addominale  
☐ Problemi di evacuazione ☐ Sonnolenza postprandiale ☐ Stress



Terapia con EPARINA o PPI? ☐ Sì ☐ No

## REGIME ALIMENTARE

Indicare il grado di somiglianza della propria dieta a quella della figura a lato:

☐ Poco ☐ Abbastanza ☐ Molto

☐ Altro: \_\_\_\_\_

Tipologia di dieta seguita:

☐ Vegana ☐ Vegetariana

☐ Paleolitica ☐ Onnivora



Indicare se si beve frequentemente: ☐ Acqua (> 1 litro) ☐ Vino rosso ☐ Birra ☐ Alcolici

Indicare se si assumono i seguenti alimenti: ☐ Yogurt ☐ Kefir ☐ Banane ☐ Miele ☐ Soia  
☐ Cicoria ☐ Carciofi ☐ Asparagi ☐ Cipolle ☐ Crusca

Allergie o alimenti eliminati: ☐ Pane/ Pasta / Carboidrati ☐ Frutta secca ☐ Latte/Formaggi  
☐ Crostacei ☐ Cipolla ☐ Dolci/Zuccheri ☐ Sale ☐ Insaccati

Altre allergie alimentari: se sì specificare e da quanto tempo: \_\_\_\_\_

## INTOLLERANZE ALIMENTARI

- ☐ Glutine  
☐ Lattosio  
☐ Frutta secca  
☐ Agrumi  
☐ Altro: se sì specificare \_\_\_\_\_

## FARMACI (In caso di terapia antibiotica, deve essere terminata almeno 15 giorni prima del prelievo)

Indicare se si fa uso dei seguenti farmaci e con quanta regolarità:

- ☐ Aspirina Frequenza: \_\_\_\_\_  
☐ Tachipirina Frequenza: \_\_\_\_\_  
☐ Ibuprofene Frequenza: \_\_\_\_\_



- |                                                                          |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Ketoprofene                                     | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cortisonici vari                                | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antibiotici                                     | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Esomeprazolo                                    | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pantoprazolo                                    | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inibitori di pompa protonica (gastroprotettori) | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estrogeni (anticoncezionali...)                 | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Steroidi (per uso in palestra)                  | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Integratori proteici                            | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Integratori di amminoacidi                      | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Integratori di vitamine                         | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> VitaminaB                                       | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> VitaminaK                                       | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Integratori di Calcio                           | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Integratori di Potassio                         | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Integratori di Magnesio                         | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anti-ipertensivi                                | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                                     | Frequenza: _____ |

- ☐ Allergie a farmaci: se sì specificare e da quanto tempo \_\_\_\_\_

### PROBIOTICI (da interrompere almeno 7 giorni prima del prelievo) E FIBRE VEGETALI

Indicare se si fa uso delle seguenti tipologie di probiotici o fibre vegetali, il nome del prodotto e con quanta regolarità:

- |                                                     |                      |                  |
|-----------------------------------------------------|----------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Probiotico                 | Nome prodotto: _____ | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lactobacillus              | Nome prodotto: _____ | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bifidobacterium            | Nome prodotto: _____ | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lieviti (Saccharomyces...) | Nome prodotto: _____ | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibre di Psyllium          | Nome prodotto: _____ | Frequenza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                | Nome prodotto: _____ | Frequenza: _____ |

### PATOLOGIE

- ☐ Nessuna
- ☐ Interventi chirurgici: se sì specificare \_\_\_\_\_
- ☐ Diarrea: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Stipsi: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Costipazione cronica: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Reflusso gastrico: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Diabete (tipo 1 o 2): se sì specificare e da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Obesità: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_



- ☐ Infiammazione cronica: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Celiachia: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ IBS: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ IBD: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Ipertensione: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Neoplasie: se sì specificare e da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Asma: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Tiroidite di Ashimoto: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Psoriasi: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Artrite reumatoide: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Osteoartrite: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Dolori articolari: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Cistite: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Acne: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Depressione: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Cefalea: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Iperattività: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Deficit di attenzione: se sì da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Altre malattie infiammatorie: se sì specificare e da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Altre malattie autoimmuni: se sì specificare \_\_\_\_\_
- ☐ Altro: se sì specificare e da quanto tempo \_\_\_\_\_
- ☐ Allergie: se sì specificare e da quanto tempo \_\_\_\_\_

## NOTE

---

---

---

Il/la sottoscritto/a ☐ Autorizza ☐ Non autorizza Personal Genomics Srl a consegnare il report al Professionista inviante indicato nel presente modulo.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, sotto la propria personale responsabilità,

## DICHIARA DI

- ☐ aver letto l'informativa del test, di aver compreso l'utilità e i limiti, le modalità di gestione dei dati e dei campioni, e la loro finalità d'uso;
- ☐ essere a conoscenza che il test non ha finalità diagnostiche

Firma leggibile del Paziente \_\_\_\_\_

Firma leggibile del Professionista che ha raccolto i dati \_\_\_\_\_