



ANALISI MORFOLOGICA, ANAMNESI SPORTIVA E ALIMENTARE

Dati anagrafici:

Cognome e Nome:
Indirizzo:
numero civico:
Città:
Provincia:
Data nascita:
C.F. (Codice Fiscale):
Tel. Cel.:
E-mail:
Data odierna:

Dati fisici e di salute:

Peso attuale (kg):
Altezza (cm):
Fumi? Se sì, quante al giorno? Se hai smesso, da quanto tempo hai smesso?
Ti è mai stato detto (da un medico per esempio) di NON praticare uno sport? Se sì, per quale motivo?
Sei in terapia per qualche malattia? Se sì, quale?
Assumi regolarmente medicine? Se sì, quali?
Hai qualche allergia (interessano soprattutto quelle alimentari o intolleranze)? Se sì, quali?
Ti definiresti stressato/a? Se sì, per quale motivo?

Nella tua famiglia ci sono stati casi di morte improvvisa prima dei 50 anni?
Se sì, chi e per che cosa?

Hai mai perso i sensi o la memoria per un colpo ricevuto in testa?
Se sì, per quanto tempo?

Hai subito interventi chirurgici o infortuni?
Se sì, quali?

Eventuali note e informazioni che vuoi aggiungere:

Considerazioni sulla tua persona:

Ti piaci fisicamente?

Quali consideri essere i tuoi obiettivi e bisogni da raggiungere?

Cosa e come vorresti modificare parti del tuo corpo che non ti soddisfano?

Sei sempre stato/a (soprattutto da bambino/adolescente): grasso, normale, magro, magrissimo?

Quale peso corporeo massimo hai raggiunto?
Quanto tempo fa?

Riservato al sesso femminile:

Assumi anti-concezionali orali?
Se sì, quali?

Hai notato cambiamenti fisici sulla tua persona da quando li assumi?
Se sì, quali?

Hai avuto gravidanze?
Se sì, quante?

Paramorfismi morfologici:

Indicare quali avete (a vostra conoscenza con indicazioni di un medico) tra questi atteggiamenti (delle voci seguenti riportate):

Scapole alate?

Ineguale altezza delle spalle?

Inclinazione del bacino?

Atteggiamento cifotico?

Atteggiamento lordotico?

Atteggiamento scoliotico?

Ginocchio varo?

Ginocchio valgo?

Piede piatto?

Altro paramorfismo:

Different trofismo muscolare e quindi sproporzione e/o asimmetria tra diverse parti del corpo:

Sei proporzionato?

Se sì, descrivi le sproporzioni e le possibili cause (es. parte inferiore del corpo più grossa della parte superiore):

Sei asimmetrico?

Se sì, descrivi le asimmetrie e le possibili cause (es. tennista: un braccio più trofico):

Programmazione dell'Allenamento:

Quanto tempo (in giorni) puoi dedicare alla settimana all'allenamento e attività motoria?

In quei giorni che dedichi all'allenamento, quanto tempo puoi allenarti (in minuti od ore)?

Quali sono i tuoi orari di allenamento preferiti nella giornata?

Hai praticato sport o attività fisica in passato?

Se sì, quali e a che livello?

Da quanto tempo non stai più praticando uno sport o attività motoria?

Se hai smesso di praticare un'attività, perché hai smesso di praticarla?

Nel tempo nel quale frequentavi un club sportivo e praticavi attività fisica, il tuo impegno era modesto, adeguato o elevato?

Quando praticavi uno sport o attività motoria, hai avuto risultati: nessun risultato, pochi risultati, soddisfacenti risultati, ottimi risultati?

Che tipo di attività fisica svolgevi?

Quali sono le attività motorie e/o sportive preferite (con motivazione)?

Quali sono invece le attività motorie e/o sportive meno amate (con motivazione)?

Stima della necessità calorica giornaliera:

Professione:
(specificare se più di una)

Quante ore al giorno lavori?

La tua attività professionale è: sedentaria, attiva o pesante?

Che sport o attività fisiche stai praticando ORA e per quanto tempo?
(quante volte alla settimana e per quante ore)

Alimentazione attuale: descrizione dettagliata della giornata tipo (specificare anche le quantità)

Colazione:

A che ora circa mangi?

Cosa mangi e bevi?

Metà Mattinata (spuntino):

A che ora mangi?

Cosa mangi e bevi?

Pranzo:

A che ora mangi?

Cosa mangi e bevi?

Metà Pomeriggio (merenda):

A che ora mangi?

Cosa mangi e bevi?

Cena:

A che ora mangi?

Cosa mangi e bevi?

Dopo Cena:

A che ora mangi?

Cosa mangi e bevi?

Quanto bevi nell'intera giornata (in litri)?

Da quanto tempo mangi così come mi hai descritto?

Quali sono i tuoi alimenti non graditi?

Bevi alcolici?

Se sì, quali e in che quantità?

Quali sono gli alimenti e/o bevande alle quali non vorresti rinunciare?

Hai mai seguito una dieta?

Se sì, con quali risultati?

Se sì, per quanto tempo?

Quale era la provenienza della dieta?

Allego tipo di dieta precedente seguita...

Come ti "senti" mediamente nella giornata (stanco, normale, energico)?

Riposo-Recupero:

Quante ore dormi mediamente?

Da che ora a che ora circa?

Riposi mai nel primo pomeriggio?
Se sì, per quanto tempo?

Finalità e Obiettivi:

(segnala con una X a fianco le tue finalità e obiettivi desiderati delle voci sotto riportate)

- Attività motoria per soggetti sovrappeso (calo ponderale):

- Attività motoria per soggetti sottopeso (aumento ponderale):

- Aumento della massa muscolare:

- Aumento del tono muscolare:

- Diminuzione della percentuale di grasso corporeo (definizione):

- Diminuzione della cellulite:

- Attività fisica finalizzata all'estetica e alla bellezza:

- Fitness e Wellness (inteso come benessere psico/fisico, buon stato di forma fisico/mentale):

- Riabilitazione post-traumatica (specificare nelle note):

- Correzione dei paramorfismi e rieducazione posturale (specificare nelle note):

- Attività motoria pre-parto:

- Attività motoria post-parto:

- Attività motoria specifica per "mal di schiena":

- Attività agonistica body-building:

- Preparazione fisico/atlletica per uno sport specifico (specificare nelle note): CICLISMO

- Miglioramento capacità condizionali (resistenza, forza, velocità) in relazione o non ad uno specifico sport: CICLISMO

- Apprendimento tecnico di uno sport specifico (specificare nelle note):

- Attività motoria di base ed educazione motoria per bambini e ragazzi:

Note:

Altri obiettivi e informazioni aggiuntive specifiche:

Evidenzi eventuali patologie o problemi di qualsivoglia natura (fisica – medica – psicologica, ecc...) che potrebbero interferire nel programma di allenamento?

Allego eventuali copie di esami medici e test di valutazioni effettuate:

- Copia certificato medico agonismo ciclismo

- Visita medica
- Visita medica sportiva agonistica
- Raggi X
- Ecotomografia
- Esami del sangue
- Esami delle urine
- Elettrocardiogramma
- Elettroencefalogramma
- Spirometria
- Risonanza magnetica nucleare
- Tomografia assiale computerizzata
- Plicometria
- Impedenziometria
- Altri test di valutazione antropometrica o funzionale

Informativa sulla privacy Con l'invio di questo modulo autorizzo ai sensi dell'art.10 della Leggi n. 675/96 e 196/03 in materia di "tutela dei dati personali" il Sig. Truant Diego Dino al trattamento dei miei dati personali per adempimenti gestionali, di marketing e promozionali i quali non verranno ceduti a terzi per nessun motivo. Inoltre dichiaro di non possedere nessuna malattia o problematica fisica che mi impedisca di praticare un attività motoria e di sostenere un piano alimentare diverso. Dichiara di aver effettuato una visita medica ove mi si autorizza di poter intraprendere un attività fisica, un regime alimentare diverso dal solito, assumendomi tutte le responsabilità di queste dichiarazioni e possibili problematiche future, fisiche e di salute legate alla dichiarazione del falso. I dati potranno essere variati o cancellati in qualsiasi momento in virtù dell'art.13 legge 675/96. Io sottoscritto _____ in data _____ autorizzo quanto riportato nell'informativa.