

STUDIO DI TRICOLOGIA BIODINAMICA

Questionario per esame "Cromomicroscanning®"

Si prega di compilare attentamente ed esaurientemente il presente questionario.

Nome: _____ Cognome: _____ Nato a: _____

Sesso: _____ il: _____ Residente in: _____

Via: _____ Telefono: _____ Occupazione: _____

Gravidanze e loro andamento _____

Inizio caduta _____ Coincidenza con problemi psicologici o fisici: _____

Quale zona della testa è interessata alla caduta?: _____

Quanti capelli perde al giorno?: _____ (la caduta normale è da 30 a 50 al giorno secondo le stagioni)

La caduta è a periodi fissi o costante?: _____ Il cuoio capelluto è grasso? _____

Ha forfora? _____ È secca o grassa?: _____ Utilizza prodotti specifici?: _____

Quante volte la settimana lava i capelli?: _____ Utilizza trattamenti chimici nei capelli?: _____

In particolare e con che frequenza: colorazioni, permanenti, e stirature?: _____

Il padre, la madre, gli zii materni hanno perso i capelli?: _____ Sono calvi?: _____

Esistono patologie familiari di rilievo?: _____

Soffre di couperose?: _____ Di recente ha subito shock psicologico?: _____

Dorme bene?: _____ Soffre di: artropatie cervicali?: _____ Cefalee?: _____ Artrosi?: _____

Reumatismi?: _____ Gastrite?: _____ Colite?: _____ Calcoli?: _____ Diabete?: _____

Ha fatto diete di recente?: _____ Di quale tipo?: _____ Ha consultato uno specialista? _____

Ha prescritto farmaci?: _____ Quali?: _____

Di recente ha avuto: Influenza: _____ Polmonite: _____ Anemie: _____ Epatite virale _____

Scarlattina: _____ Sifilide: _____ Vaccinazioni: _____ Neoplasie _____

Malattie debilitanti _____ Interventi chirurgici _____

Quali esami ha effettuato di recente?: _____

I risultati sono nella norma?: _____ Il tasso di colesterolo è alto?: _____

Soffre di allergie e di quale tipo?: _____

Di recente, ha avuto intossicazioni anche in forma leggera?: _____

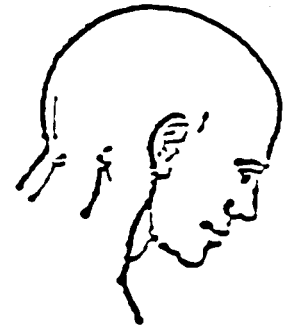
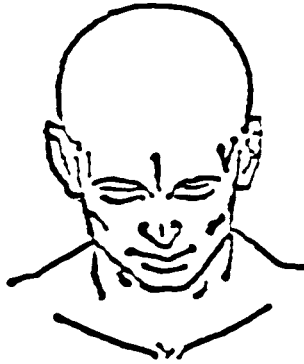
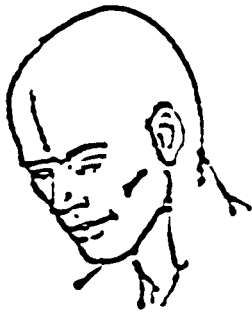
Da medicinali, da cibo o altro?: _____ Usa contraccettivi? _____

❖ **Eventuale indagine strumentale per il medico :**

Phmetria _____ Sebometria _____ Epitermometria: _____

Frontoparietale dx _____ Frontoparietale sx _____

Frontale _____ Parioccipitale _____



Note ed informazioni che il medico curante riterrà utile comunicare per un più completo accertamento diagnostico:

Allegare gli esiti di tutti gli esami recentemente eseguiti (esami del sangue, urine, dosaggi ormonali, ecc.); ed eventualmente terapie pregresse, recenti o tutt'ora in corso.

N.B.: I capelli prelevati per l'esame **"CROMOMICROSCANNING"** dovranno essere avvolti in carta stagnola, e non lavati da almeno 24 ore. Allegare foto del paziente nelle posizioni sopra indicate.

Data

Firma

Proprietà e diritti riservati. La struttura e il contenuto del presente Hair Analysis, non possono essere riprodotte neppure parzialmente, salvo espressa autorizzazione dello Studio.

La legge 31/12/1996, n. 675, cosiddetta "legge sulla privacy", prevede l'obbligo per chiunque effettui trattamento di dati personali di informare il proprietario di questi dati, intendendo per trattamento qualunque operazione o complesso di operazioni svolte con o senza ausilio di mezzi elettronici, concernente la raccolta, elaborazione, comunicazione, diffusione, ecc. dei dati.