

MODALITA' DEL TRATTAMENTO

La prima visita nutrizionale comprende:

- **Anamnesi fisiologica** cioè la valutazione dello stato fisico e quindi dei parametri che lo contraddistinguono (analisi del sangue, peso, altezza, misure delle circonferenze) in relazione all'ambiente quotidiano di vita e quindi alle abitudini di vita.
- **Anamnesi patologica prossima:** consiste in domande relative ad un eventuale stato patologico in atto. Comporta un'accurata indagine sui disturbi, da quando quest'ultimi hanno avuto inizio a quando il paziente ha deciso di contattare lo specialista, con valutazione dei referti significativi più recenti.
- **Anamnesi remota** è l'indagine sulle malattie e sui disturbi che hanno interessato il paziente in epoca passata (per esempio, le malattie dell'infanzia, ma anche le manifestazioni allergiche), con valutazione dello storico dei referti significativi, oppure della cartella clinica inviata dal medico di base.
- **Anamnesi alimentare** con indagine delle abitudini alimentari tramite intervista sull'alimentazione di un giorno tipo in media o del giorno precedente (recall delle 24 ore).
- **Valutazione dati antropometrici** con metro, plicometro ove necessario, bioimpedenziometria con misuratore Bia 101 Biva Akern ed elettrodi Biatrodes.
- **Elaborazione di consigli alimentari oppure di un programma nutrizionale dietetico o specifico per condizione fisiologica, stato di particolare necessità nutrizionale (gravidanza, allattamento, sport...) o per patologia specifica dove ci sia stata una precedente diagnosi patologica ed indicazione medica alla dieta.**
- **La prima visita ha la durata di un'ora circa e costa 120 euro.**
- **Il controllo ha la durata di mezz'ora circa e comprende misurazioni antropometriche di confronto, anamnesi alimentare, anamnesi patologica prossima e fisiologica di confronto. Il costo è di 60 euro.**
- **Rivalutazione: effettuata dopo mesi/anni di interruzione del percorso iniziale. Vengono rivalutate l'anamnesi alimentare, l'anamnesi patologica prossima e fisiologica intercorsa nei mesi di mancato controllo, le misure antropometriche e la bioimpedenziometria. In seguito alla visita sarà fatto un nuovo programma nutrizionale. La durata è di un'ora ed il costo è di 100 euro.**
- **La frequenza dei controlli** dipende dalle necessità specifiche del paziente ed è **stabilita di volta in volta dal professionista sulla base del controllo svolto.** Normalmente la frequenza ottimale è quella di uno-due mesi di intervallo tra i vari controlli fisici, mentre sono previsti feedback di scambio più frequenti per mezzo di e-mail o messaggi. Una frequenza maggiore, es di 1 volta a settimana o di 1 volta ogni 15 giorni non è utile per vedere i cambiamenti fisici del paziente e non lo è per migliorare l'aderenza del paziente stesso al programma concordato. Ogni richiesta di aumento della frequenza di controllo sarà esaudita solo se il professionista lo ritenga necessario. Diversamente, nel caso della necessità del paziente di migliorare la motivazione allo svolgimento del programma, un aumento della frequenza di controllo non farà altro che diminuire le responsabilità del paziente nel controllo di se stesso.
- **Il pagamento da febbraio 2024 sarà effettuato in pacchetti di 2-3 sedute, nel caso di mancata presenza all'appuntamento o di disdetta precedente alle 24 ore dall'appuntamento, tranne**

situazioni dovute ad imprevisti, sarà trattenuta la tariffa del controllo e non riutilizzata per la seduta successiva.

Doveri del paziente:

- **In caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento, il paziente è tenuto ad avvertire con un preavviso di almeno 24 ore a mezzo mail all'indirizzo bagnolidaniela@gmail.com oppure tramite messaggio scritto e non vocale whatsapp o normale sul numero 3495939028, pena il pagamento dell'intera tariffa della seduta non goduta. Non chiamare.**
- Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile.

Il sottoscritto _____, nato a _____

Il _____,

dopo avere letto la superiore informativa risulta consapevole delle modalità del trattamento ed acconsente ad ogni suo punto sopra elencato

Data _____ Firma Leggibile _____