

Cognome.....

Nome.....

Data.....

## Questionario per Check Up ALIMENTARE

### 1) Scelta alimentare:

Onnivoro (senza esclusione di alimenti)    
  Vegetariana    
  Vegana    
  Altro: .....

### 2) Quante volte alla settimana fa la prima colazione?

Tutte le mattine    
  Abbastanza spesso    
  A volte    
  Quasi mai    
  Mai

- Dove?    
 Casa    
 Bar    
 Altro luogo

### 3) Quante volte alla settimana fa uno spuntino a metà mattina?

Tutte le mattine    
  Abbastanza spesso    
  A volte    
  Quasi mai    
  Mai

### 4) Come è composto il suo pranzo?

Primo    
 Secondo    
 Contorno di verdure    
 Pane    
 Frutta    
 Caffè    
 Dolce    
 Vino    
 Altro

- Dove?    
 Casa    
 Mensa    
 Bar    
 Ristorante    
 Altro luogo

### 5) Quante volte alla settimana fa uno spuntino a metà pomeriggio?

Tutte le mattine    
  Abbastanza spesso    
  A volte    
  Quasi mai    
  Mai

### 6) Come è composta la sua cena?

Primo    
 Secondo    
 Contorno di verdure    
 Pane    
 Frutta    
 Caffè    
 Dolce    
 Vino    
 Altro

- Dove?    
 Casa    
 Mensa    
 Bar    
 Ristorante    
 Altro luogo

### 7) Le capita di svegliarsi di notte e mangiare?     Sì     No

- Se sì, quante volte?

Tutte le mattine    
  Abbastanza spesso    
  A volte    
  Quasi mai    
  Mai

### 8) Utilizza prodotti integrali?     Sì     No

- Se sì, quali? .....

### 9) Frequenza di consumo: quante porzioni consuma al giorno dei seguenti alimenti?

- **Cereali** (Pasta, Riso, orzo, farro, gnocchi, minestre, polenta, ecc.)

1 porzione al giorno (pranzo o cena)    
 2-3 volte alla settimana

1 porzione sia a pranzo che a cena    
 Raramente    
 Mai

- **Prodotti da forno** (pane, crackers, grissini, biscotti, fette biscottate, ecc.)

1 porzione    
 2 porzioni    
 3 porzioni    
 4 porzioni    
 Occasionalmente    
 Mai

- **Carne** (carne fresca)

1 al giorno    
 2 al giorno    
 2-3 volte alla settimana    
 1-2 volte al mese    
 Raramente    
 Mai

- **Affettati** (carne conservata)

1 al giorno    
 2 al giorno    
 2-3 volte alla settimana    
 1-2 volte al mese    
 Raramente    
 Mai

- **Pesce**

1 al giorno    
 2 al giorno    
 2-3 volte alla settimana    
 1-2 volte al mese    
 Raramente    
 Mai

- **Formaggi**

1 al giorno    
 2 al giorno    
 2-3 volte alla settimana    
 1-2 volte al mese    
 Raramente    
 Mai

- **Legumi** (piselli, fagioli, lenticchie, soia, ceci, ..)

1 al giorno     2 al giorno     2-3 volte alla settimana     1-2 volte al mese     Raramente     Mai

- **Uova** (si intende il numero di uova)

1 alla settimana     2 a settimana     più di 2 a settimana     2-3 al mese     Raramente     Mai

- **Verdura** (escluse le patate e i legumi)

1 porzione al giorno (pranzo o cena)     2 porzioni al giorno (pranzo o cena)     Raramente     Mai

- **Patate**

1 al giorno     1-2 a settimana     più di 2 a settimana     1-2 volte al mese     Raramente     Mai

- **Frutta** **In quale momento della giornata?**

dopo i pasti     lontano dai pasti     Altro .....

1 al giorno     2 al giorno     3-4 al giorno     3-4 alla settimana     Raramente     Mai

**10) Quali condimenti utilizza?**

olio extravergine di oliva     olio di oliva     olio di semi vari     burro     margarina  
 aceto balsamico     aceto di vino     limone     sale     altro .....

**11) Utilizza il formaggio grattugiato?**

Sì     No    Quanti cucchiaini al giorno? N° .....

**12) Consuma lo Yogurt?**

ogni giorno     2-3 volte a settimana     2-3 volte al mese     Raramente     Mai

- **Che tipo?**

Naturale (bianco)     Frutta     Intero     Magro     Altro .....

**13) Quanti dolci mangia?** ( caramelle, cioccolatini, torte, gelati, chewingum, ...)

ogni giorno     3-4 volte a settimana     1-2 volte a settimana     2-3 al mese     Raramente     Mai

**14) Quale acqua beve?**

Naturale     Gasata

- **Quantità complessiva al giorno?**

meno di 1/2 litro     da 1/2 a 1 litro     da 1 a 1 litro e 1/2     più di 1 litro e 1/2

- **Quando?**

durante la giornata     durante la giornata e ai pasti     solo ai pasti     Altro .....

**15) Consuma bevande gasate zuccherine** (coca cola, fanta, sprite, ecc.) ?

Sì     No

**16) Consuma vino o birra?**

durante la giornata     durante la giornata e ai pasti     solo ai pasti     Altro .....

**Quanti bicchieri al giorno?** .....

**17) Beve**

**Caffe'?** <sup>o</sup>     Sì     No     QUANTE TAZZINE AL GIORNO? N° .....

**Caffe' d'orzo?**     Sì     No     QUANTE TAZZINE AL GIORNO? N° .....

**Tè?**     Sì     No     QUANTE TAZZINE AL GIORNO? N° .....

**Tisane?**     Sì     No     QUANTE TAZZINE AL GIORNO? N° .....

**18) Quali dolcificanti utilizza?**

Zucchero raffinato     Zucchero integrale     Miele     Fruttosio     Dolcificanti artificiali     Altro

Firma del Paziente