

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</p> <p>Logo Azienda</p>	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

Informazioni Generali

Stato civile _____ Titolo di studio _____

Professione _____ Contesto familiare-sociale _____

Consumo di tabacco SI NO

Sigarette al giorno 5 < tra 5 e 20 20 >

Consumo giornaliero di alcolici SI NO

Vino/Birra SI NO Quantità (Unità alcoliche) _____

Superalcolici SI NO Quantità (Unità alcoliche) _____

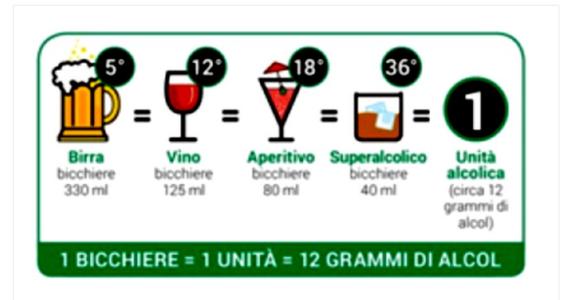
Alimentazione ipercalorica SI NO

Alimentazione ipocalorica SI NO

Alimentazione normocalorica SI NO

Uso di sostanze stupefacenti SI NO _____

Attività fisica: nessuna moderata¹ intensa²



¹ **Attività fisica intensa:** provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come ad es. correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici?

² **Attività fisica moderata:** provoca un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o una lieve sudorazione, come ad es. camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, giardinaggio o lavori in casa come lavare finestre o pavimenti?

Medico

Data / /

Ora :

Firma e timbro del medico