

Tele-consulto

Paziente con fattori di rischio modificabili correlati alle abitudini alimentari



Data

Nome Cognome

Data della prima valutazione in presenza

Cartella n°

Codice fiscale

Esenzione

Diagnosi in atto:

Prescrizione nutrizionale

Obiettivi concordati con il paziente nell'incontro precedente:

Controllo

Rivalutazione Nutrizionale

Risultati correlati alla storia alimentare e dietetica

Intervista con

Tabagismo

Apporto di alimenti e nutrienti

Valutazione abitudini alimentari telefonica Porzioni fotografiche Diario alimentare interattivo

Attualmente con quale frequenza assume:



	2 v/die n° porzioni	1 v/die n° porzioni	5-6v/sett. n° porzioni	3-4v/sett. n° porzioni	2 v/sett. n° porzioni	1 v/sett. n° porzioni	note
Latte							
Yogurt							
Pasta							
Minestra							
Pane							
Carne							
Carne trasformata							
Pesce							
Legumi							
Uova							
Formaggi							
Verdura							
Frutta fresca							
Dolci							

Per condire e cucinare usa l'olio d'oliva evo? sì no se no, cosa _____

die porzione Ha l'abitudine di finire il pasto con del formaggio? sì no

I legumi sono consumati come secondo piatto? sì no

Toglie il grasso dalle carni e dal prosciutto prima di mangiarli? sì no

Ha l'abitudine di sostituire la pasta o il pane con le patate? sì no

Controlla l'uso del sale? sì no

Liquidi _

Sostanze bioattive Altro

Altro



Gestione dell'alimentazione e della nutrizione

Contesto dei pasti iti _____

Uso di farmaci e prodotti della medicina complementare/alternativa

Terapia farmacologica inalterata modificata

Prodotti della medicina complementare

Conoscenze / credenze/ atteggiamenti

Questionario Moynihan interattivo No Sì



Score: $\geq 25,1$ insufficiente 21,1-25 sufficiente 17,1-21 buono 15-17 ottimo

Comportamento

Durata dei pasti _____ Altro _____

Fattori che influenzano l'accesso al cibo

Attività fisica e funzionalità

Svolge l'attività fisica con le modalità indicate dal Cardiologo e/o dal Fisioterapista? No Sì

Qualità della vita correlata alla nutrizione

Risultati correlati alle misure antropometriche

Altezza cm _____ Misura come concordato il peso e la CV? No Sì

Peso riferito Kg _____ BMI Kg/m² CV riferita cm

Altro _____



Ha fatto esami ematici dall'ultimo contatto? No Sì Se sì, perché?

Risultati correlati a esami biochimici test clinici e procedure

Data	Glicemia	HbA1c	Col Tot	Col LDL	Col HDL	Trigliceridi	Urea	Creatinina	Acido urico

Altro _____

Risultati correlati all'esame obiettivo finalizzato alla valutazione dello stato nutrizionale

Misura regolarmente la pressione? No Sì

P.A.

Appetito/digestione

Alvo

Aderenza nutrizionale: ha raggiunto gli obiettivi concordati? Sì No In parte

Criticità riscontrate:



Diagnosi Nutrizionale

Problema

correlato a

come evidenziato da

Intervento Nutrizionale

Prescrizione nutrizionale (da compilare per eventuale nuovo intervento)

Educazione nutrizionale (da compilare per eventuale nuovo intervento)

Contenuti educazione: porzioni sodio grassi e qualità di grassi
 alcol cho e qualità fibra

Altro _____

Obiettivi

Invio materiale didattico-informativo



