



F. Deodato L.Paoluzzi:

Studio sull'utilizzo dell'Olio Essenziale di Sandalo nei disturbi funzionali dell'asse Shao Yin : ansie e paure che coesistono

“I soggetti shao yin in pieno sono ricchi di risorse interiori, motivati nel profondo ed orientati nell'azione. Coniugano bene gli aspetti materiali e pratici (l'asse parte dalla pianta del piede) con quelli ideali ed affettivi. Sono generosi, si impegnano di persona, responsabili e capaci di iniziativa.

In vuoto possono essere persone meschine, prive di buoni sentimenti; addirittura disoneste, che godono nel vessare i più deboli o i sottoposti, con reazioni improvvise, turbolente, indignate e colleriche; uomini senza principi.

Possono avere perdita dello slancio vitale. Si tratta di persone che esauriscono lo yin e passano improvvisamente da uno stato di grande salute fisica ed equilibrio mentale ad uno stato di malattia, con segni a carico dei due distretti acqua e fuoco: ansie e disturbi psichici insieme a turbe delle ossa, cistiti, ronzii uditivi. Riferiscono di aver avuto un cambiamento di carattere e di sentire di non avere “controllo emotivo” e di provare un “senso di paura”.

Capita spesso in menopausa quando i mutamenti dello yin causano squilibrio sull'asse.

Possono esserci depressioni profonde.

Trattamento: nodo radice: 1RN – 23VC...”¹

OLIO ESSENZIALE DI SANDALO : privo di particolari controindicazioni, porta pace e serenità senza sedare l'individuo, ma tonificandone la parte più “ fresca” .

Dal gusto piccante / amaro (trofismo per metallo e fuoco) ha azione (J. Yuen : Materia medica degli Oli essenziali): antisettica urogenitale, diuretica, antispastica, antidepressiva, espettorante

Funzioni:

1. Purifica il Calore-Umido nel Riscaldatore Inferiore
2. Apre il diaframma per muovere il Qi - tosse, nausea, espelle il flegma, bruciore di stomaco

¹ E. Simongini, R. Brotzu, G. Franceschini : **I TRE YIN E I TRE YANG**
http://webhtml.agopuntura.org/html/mandorla/rivista/numeri/Giugno_2002/sei_assi.htm



3. Calma lo Shen-spirito - insonnia, ansia, agitazione

Il sandalo oltre ad avere trofismo per l'acqua ed il fuoco ha colore verde che lo lega al IV chakra (cuore = centro) e può rivelarsi utile nei casi di paura che blocca la comunicazione cuore/ rene con segni di calore in alto e freddo (e ristagno) in basso, arti freddi e difficoltà circolatorie periferiche , mancanza di energia, ansia, agitazione, rabbia , pesantezza delle gambe con iperattività e confusione mentale, colorito pallido/ grigiastro e tensione / rigidità/ dolorabilità della parte interna delle cosce, sonno non ristoratore con molti sogni e sonnolenza / stanchezza durante il giorno, gonfiore addominale e turbe dell'alvo con diarrea per non trasformazione dello yin .

GLOSSOSCOPIA: segni della lingua , poco induito, rosa pallida con incisura mediana pronunciata

PROTOCOLLO TERAPEUTICO : massaggio/ frizione la sera a giorni alterni, sino a completo assorbimento di 1 goccia OE di Sandalo sui punti 1 R -23 VC e 16 VG (Du)

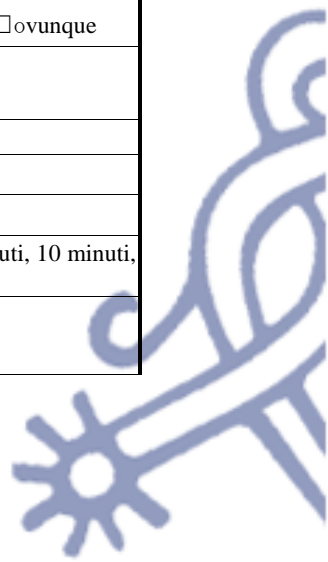
Chi aderisce al progetto deve selezionare il paziente, comunicarlo per email attraverso la Segreteria dell'Istituto al Dott. Deodato che coordinerà il lavoro, e richiederà eventuali supplementi di valutazione


Una volta confermata la selezione del caso far compilare al paziente ogni settimana il seguente questionario tratto dal lavoro

Do JH, Jang E, Ku B, Jang JS, Kim H, Kim JY.:Development of an integrated Sasang constitution diagnosis method using face, body shape, voice, and questionnaire information.BMC Complement Altern Med. 2012 Jul 4;12:85. doi: 10.1186/1472-6882-12-85.

Questionario sulla Personalità I					
Rispondere alle domande selezionando (✓) tra ①②③. (② si trova tra i due estremi.)					
[Esempio] Ti arrendi facilmente o perseveri?	Rinuncio	③	②	③	Persevero
1. Sei coraggioso o timoroso?	coraggioso	③	②	③	timoroso
2. Le tue azioni sono veloci o lente?	veloci	③	②	③	Lente
3. Sei attivo o passivo?	Attivo	③	②	③	Passivo
4. Sei diretto o indiretto nella comunicazione?	Diretto	③	②	③	Indiretto
5. Ti arrendi facilmente o perseveri?	Rinuncio	③	②	③	Persevero
6. Sei introverso o estroverso	Estroverso	③	②	③	Introverso
7. Sei energico o silenzioso?	Energico	③	②	③	Silenzioso
8. Trovi facile o difficile prendere decisioni?	Facile	③	②	③	Difficile
9. Sei mascolino o femminile?	Mascolino	①	②	③	Femminile
10. Sei paziente o impaziente?	Impaziente	③	②	③	Paziente
11. Sei emotivamente instabile o calmo?	instabile	③	②	③	calmo
12. sei una persona aperta e chiusa?	Aperta	③	②	③	Chiusa
13. Esprimi o nascondi le tue opinioni?	Esprimo	③	②	③	Nascondo
14. Sei eccitato o mantieni la calma ?	Eccitato	③	②	③	Calmo
15. Sei distratto o attento?	Distratto	③	②	③	Attento

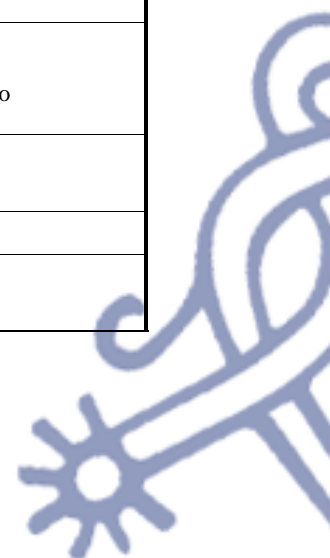
Questionario sulle abitudini																																													
Si prega di rispondere alle seguenti domande sulle abitudini degli ultimi 6 mesi basandosi sulla vita quotidiana . Chiedete al responsabile se non siete sicuri. E' possibile segnare più di una risposta nelle domande contrassegnate da (*)..																																													
Pasto	Fai pasti regolari? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																												
	Quanti pasti consumi di solito ogni giorno? () pasti/ giorno																																												
	Quanto mangi? <input type="checkbox"/> Tanto <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Irregolare																																												
	Quanto velocemente mangi? <input type="checkbox"/> Veloce <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Lento																																												
	Quanto tempo impieghi per ogni pasto ? Approssimativamente () minuti/pasto (per esempio) 7 minuti, 15 minuti, etc.																																												
Digestione	Digerisci bene? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hai provato fastidi da indigestione? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																												
	Com'è il tuo appetito? <input type="checkbox"/> molto buono <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Giusto <input type="checkbox"/> Non buono																																												
	Sotto ci sono domande riguardanti la digestione. Hai mai provato i seguenti sintomi?																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sintomo</th> <th>Spesso</th> <th>A volte</th> <th>Mai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mal di stomaco</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vomito</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nausea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Affamato</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eruttazioni</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reflusso acido</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Indigestione</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Disgusto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mal di Stomaco (digestione)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gonfiore di Stomaco</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Sintomo	Spesso	A volte	Mai	Mal di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Affamato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eruttazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflusso acido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disgusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal di Stomaco (digestione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonfiore di Stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sintomo	Spesso	A volte	Mai																																									
	Mal di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	Affamato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	Eruttazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	Reflusso acido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	Indigestione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
	Disgusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Mal di Stomaco (digestione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Gonfiore di Stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Sudorazione	Quanto sudi? <input type="checkbox"/> Tanto <input type="checkbox"/> Moderato <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Per niente																																												
	Sotto ci sono domande relative alla sudorazione. Specificare la quantità di sudorazione a seconda della situazione.																																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Situazione</th> <th>Tanto</th> <th>Moderato</th> <th>Poco</th> <th>Nulla</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Clima caldo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Esercizio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nervosismo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Quotidianità</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Situazione	Tanto	Moderato	Poco	Nulla	Clima caldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esercizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quotidianità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	Situazione	Tanto	Moderato	Poco	Nulla																																								
	Clima caldo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
	Esercizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
	Nervosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Quotidianità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Come ti senti dopo la respirazione? <input type="checkbox"/> Rinfrescato <input type="checkbox"/> Stanco <input type="checkbox"/> Nulla																																													
(*)Dove sudi di solito? (segna tutti i punti) <input type="checkbox"/> Testa e viso <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Petto e Ascelle <input type="checkbox"/> Schiena <input type="checkbox"/> Mani <input type="checkbox"/> Piedi <input type="checkbox"/> Inguine <input type="checkbox"/> ovunque																																													
(*)Hai mai avuto una sudorazione anormale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sudorazioni notturne <input type="checkbox"/> Sudorazioni diurne <input type="checkbox"/> Sudorazione durante i pasti																																													
Escrementi	Espelli con regolarità? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																																												
	Quanto spesso elimini? () volte / () al giorno (per es.) 1 volta/giorno, 2 volte/3 giorni, ecc.																																												
	Quanto velocemente elimini? <input type="checkbox"/> Veloce <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Lento																																												
	Quanto tempo impieghi per ogni escremento? () minuti/sessione (per es.) 5 minuti, 7 minuti, 10 minuti, ecc.																																												
	(*)Di che colore sono I tuoi escrementi? <input type="checkbox"/> Giallo (Oro) <input type="checkbox"/> Marroni <input type="checkbox"/> Neri <input type="checkbox"/> Grigi <input type="checkbox"/> Marrone (Sangue)																																												



	Quanto sono spessi I tuoi escrementi? <input type="checkbox"/> Spessi <input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> Sottili																																				
	Quanto sono duri I tuoi escrementi? <input type="checkbox"/> Duri <input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> Morbidi																																				
	Quel'è la condizione dei tuoi escrementi? <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> Costipazione <input type="checkbox"/> Diarrea/costipazione <input type="checkbox"/> dipende dal consumo di cibo <input type="checkbox"/> Normale																																				
	Queli sembrano I tuoi escrementi? Selezionare un'immagine che si avvicina di più alla realtà. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																				
																																					
	Ti senti ricaricato dopo l'espulsione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ⇒ si accompagna a dolore? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No																																				
	Sotto ci sono delle domande relative agli escrementi. Hai mai avuto uno dei seguenti sintomi.																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sintomi</th> <th>Spesso</th> <th>A volte</th> <th>Mai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diarrea acquosa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Escrementi rigidi</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Incapacità di eliminare per qualche giorno</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolore addominale basso</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Espansione addominale (gas)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Disagio addominale</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tensione durante l'escrezione</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Senti escrezione residua</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Sintomi	Spesso	A volte	Mai	Diarrea acquosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escrementi rigidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacità di eliminare per qualche giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore addominale basso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espansione addominale (gas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disagio addominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tensione durante l'escrezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Senti escrezione residua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomi	Spesso	A volte	Mai																																		
Diarrea acquosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Escrementi rigidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Incapacità di eliminare per qualche giorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Dolore addominale basso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Espansione addominale (gas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Disagio addominale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Tensione durante l'escrezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Senti escrezione residua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Urina	Quante volte urini durante il giorno () volte/giorno (per es.) 2 volte, 5 volte, 10 volte , ecc.																																				
	Quante volte ti alzi la notte per urinare? () volte/ giorno (per es.) 0 volte, 1 volta, 2 volte, etc.																																				
	Quanto è forte il flusso di urina? <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> debole																																				
	(*Com'è il colore e la torbidità dell'urina?) <input type="checkbox"/> Torbida <input type="checkbox"/> chiara <input type="checkbox"/> Gialla <input type="checkbox"/> Rossastra <input type="checkbox"/> schiumosa																																				
	Sotto ci sono alcune domande relative all'urina. Hai mai avuto i seguenti sintomi?																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sintomo</th> <th>Spesso</th> <th>A volte</th> <th>mai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolore urinario (Incluso disagio)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Urinazione frequente</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Difficoltà ad iniziare l'urinazione</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sentire urina residua</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Incontinenza urinaria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Sintomo	Spesso	A volte	mai	Dolore urinario (Incluso disagio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinazione frequente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficoltà ad iniziare l'urinazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentire urina residua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Sintomo	Spesso	A volte	mai																																		
Dolore urinario (Incluso disagio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Urinazione frequente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Difficoltà ad iniziare l'urinazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Sentire urina residua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Freddo e caldo	Cosa ti da più fastidio ,caldo o freddo? <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> caldo <input type="checkbox"/> entrambi <input type="checkbox"/> nessuno																																				
	Le tue mani sono fredde o calde? <input type="checkbox"/> calde <input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> fredde <input type="checkbox"/> non so																																				
	Hai piedi caldi o freddi? <input type="checkbox"/> caldi <input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> freddi <input type="checkbox"/> non so																																				
	Il tuo stomaco è caldo o freddo? <input type="checkbox"/> caldo <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> freddo <input type="checkbox"/> non so																																				

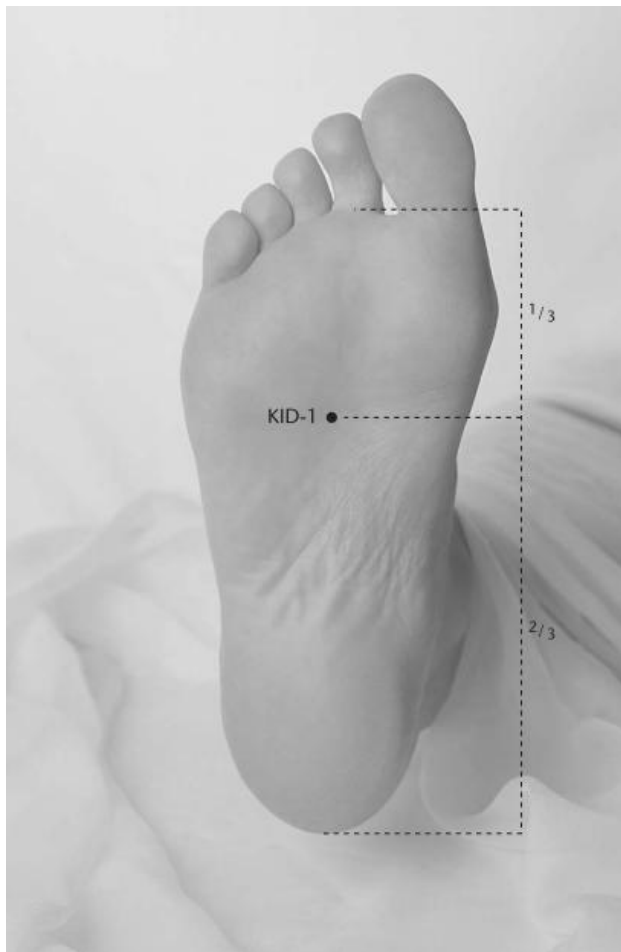


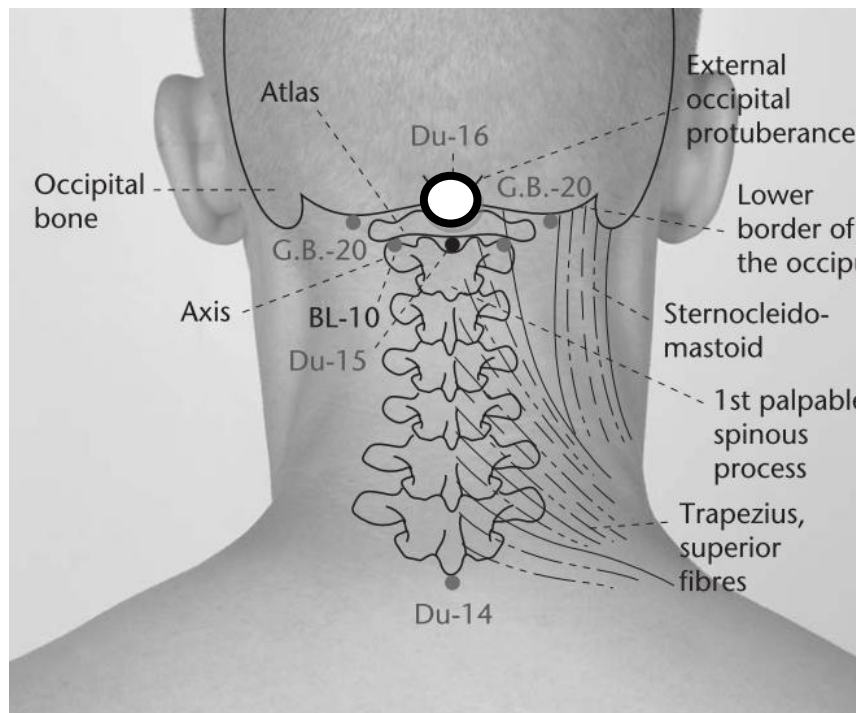
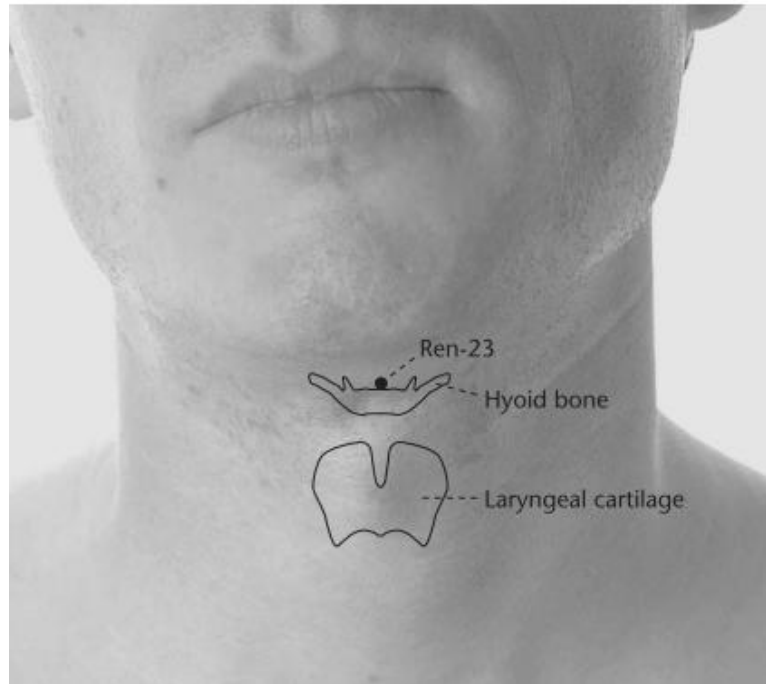
Sotto ci sono delle domande relative al caldo e al freddo .			
Item	spesso	A volte	mai
Preferisco le temperature calde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Il mio stomaco è freddo e gelido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Le mie mani ed I miei piedi diventano subito freddi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Il mio viso sembra pallido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Le mie urine sono chiare e trasparenti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Non mi piace bere neanche quando ho sete	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Mi piacciono le temperature fredde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Il mio corpo è febbricitante e caldo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Le mie mani ed I miei piedi sono caldi e roventi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ho gli occhi rossi e la faccia rossa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ho sete e voglio acqua fredda	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Le mie urine sono scure	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Consumo di acqua	Quanta acqua bevi? 1 <input type="checkbox"/> Tanta 2 <input type="checkbox"/> Moderata 3 <input type="checkbox"/> poco 4 <input type="checkbox"/> poco ma spesso		
	Quanta acqua bevi al giorno in bicchieri da 200ml? ()bicchieri/giorno		
	Com'è la temperature dell'acqua che bevi? 1 <input type="checkbox"/> Solitamente calda 2 <input type="checkbox"/> solitamente fredda 3 <input type="checkbox"/> non mi interessa		
Sonno	Quanto sogni? 1 <input type="checkbox"/> Il più delle volte 2 <input type="checkbox"/> Tanto tempo 3 <input type="checkbox"/> poco tempo 4 <input type="checkbox"/> mai		
	(*)quali sono le tue abitudini del sonno? 1 <input type="checkbox"/> sonno tranquillo 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà ad addormentarmi 3 <input type="checkbox"/> interruzioni facili 4 <input type="checkbox"/> sonnellini frequenti		
	Per quanto tempo dormi attualmente? <input type="text"/> <input type="text"/> ore <input type="text"/> <input type="text"/> minuti (Non includere il tempo necessario per addormentarsi)		
	Come valuti la qualità del tuo sonno? 1 <input type="checkbox"/> molto buono 2 <input type="checkbox"/> buono 3 <input type="checkbox"/> cattivo 4 <input type="checkbox"/> molto cattivo		
Questionario sui sintomi			
Rispondere alle seguenti domande riguardanti I sintomi che hai avvertito negli ultimi 6 mesi . Chiedi al responsabile se non sei sicuro. Puoi segnare più di una risposta tra quelle segnate con (*) .			
Testa	(*)Hai avuto fastidi alla testa? 1 <input type="checkbox"/> Fronte 2 <input type="checkbox"/> lato 3 <input type="checkbox"/> dietro 4 <input type="checkbox"/> ovunque 5 <input type="checkbox"/> No (vai alla sessione successiva)		
	(*) Se hai avuto fastidi alla testa,quali erano I sintomi? 1 <input type="checkbox"/> pesantezza 2 <input type="checkbox"/> febbre 3 <input type="checkbox"/> formicolio 4 <input type="checkbox"/> Nausea 5 <input type="checkbox"/> vuoto		
collo	(*)hai avuto fastidi sotto la testa? 1 <input type="checkbox"/> spalle o dietro Il collo 2 <input type="checkbox"/> schiena 3 <input type="checkbox"/> vita 4 <input type="checkbox"/> ginocchia 5 <input type="checkbox"/> No		
occhi	(*)Hai avuto fastidi agli occhi? 1 <input type="checkbox"/> dolore 2 <input type="checkbox"/> secchezza 3 <input type="checkbox"/> sanguinamento 4 <input type="checkbox"/> fatica 5 <input type="checkbox"/> Strain 6 <input type="checkbox"/> No		
Bocca/Collo	(*)Hai avuto fastidi in bocca? 1 <input type="checkbox"/> Bocca secca 2 <input type="checkbox"/> Alito cattivo 3 <input type="checkbox"/> afte frequenti 4 <input type="checkbox"/> tosse 5 <input type="checkbox"/> flegma 6 <input type="checkbox"/> mal di gola 7 <input type="checkbox"/> No		
Petto	(*)hai avuto fasti al petto? 1 <input type="checkbox"/> costrizione 2 <input type="checkbox"/> dolore 3 <input type="checkbox"/> martellante 4 <input type="checkbox"/> palpitazioni 5 <input type="checkbox"/> <u>sospiri frequenti</u> 6 <input type="checkbox"/> No		
Pelle	(*)Hai avuto fastidi alla pelle? 1 <input type="checkbox"/> secchezza 2 <input type="checkbox"/> Prurito 3 <input type="checkbox"/> No		
stanchezza	Quanto sei stanco? 1 <input type="checkbox"/> per niente (salta alla sessione successiva)		



	<p>2 <input type="checkbox"/> poco 3 <input type="checkbox"/> Moderato } ⇒ (*)Se sì, quando ti senti più stanco? 4 <input type="checkbox"/> molto</p> <p>1 <input type="checkbox"/> quando ti alzi 2 <input type="checkbox"/> mattino 3 <input type="checkbox"/> pomeriggio 4 <input type="checkbox"/> notte 5 <input type="checkbox"/> tutto il giorno</p>
freddo	<p>(*)Quali sintomi hai durante un raffreddore?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nessuno 2 <input type="checkbox"/> febbre 3 <input type="checkbox"/> mal di testa 4 <input type="checkbox"/> vertigini 5 <input type="checkbox"/> naso chiuso o che cola 6 <input type="checkbox"/> assordato 7 <input type="checkbox"/> tosse (flegma) 8 <input type="checkbox"/> dolore al collo 9 <input type="checkbox"/> dolore al corpo 10 <input type="checkbox"/> gambe e braccia intorpidite 11 <input type="checkbox"/> perdita di appetito e indigestione</p>
condizione	<p>(*)dove hai avuto fastidio quando non stavi bene?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> sudorazione 2 <input type="checkbox"/> Digestione 3 <input type="checkbox"/> escrementi 4 <input type="checkbox"/> urina 5 <input type="checkbox"/> altro() 6 <input type="checkbox"/> nessuno</p>
altro	<p>(*)indica altri sintomi che hai avuto.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> gonfiore 2 <input type="checkbox"/> dimenticanza 3 <input type="checkbox"/> vertigini 4 <input type="checkbox"/> debolezza alle gambe 5 <input type="checkbox"/> febbricitante con articolazioni gonfie 6 <input type="checkbox"/> altro () 7 <input type="checkbox"/> nulla</p>

PUNTI (MANUALE AGOPUNTURA CLAUDIA FOCKS)





Referente:

Dott. Francesco Deodato

Via Latina 23-25 58100 Grosseto

Tel 0564417719

