

Scheda individuale per la prevenzione della sindrome metabolica

Sig./ra _____

Sesso M F

Età _____

Fattori di rischio riferiti

FUMO: no ___ sì ___ ex-fumatore (smesso da 5 anni) ___

Attività sportiva: n. di ore/settimana _____

Sedentarietà: n. di ore trascorse seduti/die _____

ALCOOL: no ___ sì ___ occasionale _____
Vino _____ n.volte/a settimana: _____
Superalcolici _____ n.volte/a settimana: _____

Consumo frutta: n. volte a settimana _____ n.porzioni/die _____

Consumo verdura: n. volte a settimana _____ n.porzioni/die _____

ANAMNESI PERSONALE:

Diabete no ___ sì ___ Terapia insulinica ___ Antidiabetici orali ___

Ipertensione: no ___ sì ___ Terapia sì ___ Terapia no ___

Dislipidemia: no ___ sì ___ Terapia sì ___ Terapia no ___

Fattori di rischio rilevati

Peso Kg ___ **Altezza cm** ___ **Indice di massa corporea** ___

___ normopeso (18-24.9)
___ soprappeso (25-29.9)
___ obesità (sup. 30)

Circonferenza vita cm _____ (v.n. inferiori a 102 uomo — inferiori a 88 donna)

Pressione arteriosa mmHg _____ (v.n. max inferiori a 130—min inferiori a 85)

Glicemia mg/dl _____ (v.n. a digiuno inferiori a 110mg/dl)

Colesterolemia-HDL _____ (v.n. uomini < 40mg/dl — donne < 50mg/dl)

Trigliceridemia mg/dl _____ (v.n. valori normali inferiori a 150mg/dl)

La positività per tre fattori di rischio ti suggerisce di migliorare il tuo stile di vita o di richiedere un adeguato trattamento terapeutico da parte del tuo medico curante.