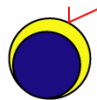


# QUESTIONARIO MELISA®



Lei verra' sottoposto al test per la sensitivita' ai metalli MELISA®.  
Al fine di poter analizzare correttamente la Sua situazione, Le chiediamo di compilare questo modulo il piu' accuratamente possibile.  
Puo' utilizzare altri fogli se necessita di ulteriore spazio.  
*Queste informazioni verranno trattate con estrema riservatezza.*

Citta':.....Data:.....

Nome:..... Data di nascita:.....

Indirizzo:.....

Telefono:.....

## **OTTURAZIONI DENTALI**

### **Materiale:**

### **DATA DI IMPIANTO:**

### **QUANTE OTTURAZIONI:**

Amalgama

.....

.....

Oro

.....

.....

Plastiche

.....

.....

Ceramica

.....

.....

Altro

.....

.....

## **OTTURAZIONI DELLE RADICI**

### **Materiale:**

### **DATA DELLA SOSTITUZIONE (approssiv.)**

### **QUANTE?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**Soffre di paradentosi ?** SI NO

Se si', da quando?.....

**Ha gengive infiammate e/o sanguinanti?** SI NO

Se si', da quando?.....

**Ha, o ha mai avuto, in bocca altri metalli o materiali contenenti metallo, come titanio, acciaio inossidabile o materiale ceramico in lega metallica?**

SI NO

Se si', precisamente.....

.....

**Ha, o ha mai avuto, protesi o sostegni?** SI NO

Se si', cosa e quando?.....

**Ha, o ha mai avuto, impianti al seno contenenti silicone o prodotti salini?**

SI NO

Se si', quale tipo di impianto e quando e' stato impiantato?

.....

**Ha tatuaggi?** SI NO

Se si', quanti e quando li ha fatti?

.....

**Ricorda una Sua esposizione a metalli poco dopo la comparsa della Sua malattia?**

(Es. Esposizione a lattice o altre tinte idrosolubili) SI NO

Se si', in quali circostanze?

.....

.....

**E' stato esposto a metalli in casa o nel luogo di lavoro?**      SI      NO

Se si', in quali circostanze e a quali metalli?

Occupazione/i al presente e in passato .....

.....

**Qualcuno della Sua famiglia e' esposto a metalli nel luogo di lavoro?**

SI      NO

Se si', chi e con quale occupazione?

.....

**Fuma?**

SI      NO

Se si', quanto? .....

Da quando?.....

**Ha mai fumato in passato?**

SI      NO

Quanto? .....

Per quanto tempo?.....

**E' esposto a fumo in casa o nel luogo di lavoro?**

SI      NO

**Ha mai ricevuto globulina Gamma o altri vaccini come profilassi o trattamento?**

SI      NO

Se si', quali?.....

**Se donna, e' RH negativa e ha ricevuto globulina anti-D dopo il parto?**

SI      NO

Se si', specifichi la data del trattamento e il nome del prodotto:

.....

**Se donna:**

Usa la spirale (IU) ?	SI	NO
L'ha mai usata in passato?	SI	NO
Se si', e' mai stata disturbata da essa?	SI	NO
Quali sintomi?		

.....

**E' allergica a cosmetici?** SI NO

Se si', quali prodotti e quali marche?  
.....

**Usa o ha mai usato gocce per gli occhi?** SI NO

Se si', di quale marca?.....

**Usa o ha mai usato lenti a contatto?** SI NO

Quali soluzioni per lenti ha usato?.....  
.....

**E' mai stato trattato con Myocrisin®(prep. oro)?** SI NO

**Ha mai avuto effetti collaterali usando le medicine o i prodotti sopra menzionati?** SI NO

Se si', quali prodotti e quali sintomi?.....  
.....  
.....

**Porta orecchini?** SI NO

Ne ha mai portati in passato?	SI	NO
Se si', e' mai stato disturbato da essi?	SI	NO



**Ha notato cambiamenti del suo stato di salute dopo tale test?**

SI NO

Se si', quali sintomi?

.....

**E' allergico a penicellina o ad altre medicine?**

SI NO

**Ha qualche allergia alimentare?**

SI NO

Che alimento/i?:.....

Quali sono i sintomi e quando ha iniziato a notarli? .....

.....

**Ha altri tipi di allergie?**

SI NO

Quali?:.....

**Vive, o ha mai vissuto, in vicinanza di fabbriche, industrie, forni  
crematori, autostrade o aeroporti?**

SI NO

Che cosa?.....

Quando?.....

**Ha qualche malattia disgnosticata?**

SI NO

Quale?.....

Da quando?.....

Sintomi:.....

Nome e indirizzo del Suo medico:.....

**Ci sono malattie nella Sua famiglia?** SI NO

<u>Malattia:</u>	<u>Persona:</u>
Allergie:.....	.....
Malattie autoimmunitarie:.....	.....
Malattie della pelle:.....	.....
Malattie del cuore/arterie:.....	.....
Diabete:.....	.....
Cancri/tumori:.....	.....
Sensibilita' all'elettricit�:.....	.....
Sensibilita' chimica:.....	.....
Malattie psichiatriche:.....	.....
Altro:.....	.....

**Trattamenti medici presenti o passati?** SI NO

Se possibile, menzionare le medicine e il periodo di trattamento:

.....

.....

.....

.....

**Prende regolarmente vitamine e/o minerali?** SI NO

Quali?.....

.....

.....

**Se accusa effetti collaterali dalle medicine, le vitamine o i minerali  
summenzionati, li voglia cortesemente descrivere:**

.....  
.....  
.....

**Informazioni complementari:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**GRAZIE PER LA SUA COLLABORAZIONE!**

Vera Stejskal

Inviare a:

Vera Stejskal  
Associated Prof of Immunology  
University of Stockholm and  
Charles University Prague  
[vera@melisa.org](mailto:vera@melisa.org)