



Associazione per la **Ricerca Scientifica**

Via A. Cavour, 9 - 90133 Palermo – Italia

C.F.: 97187000829

c/c postale: 51331064

c/c banca: 51331064 Cin/G - Cab/07601 – Abi/04600

e-mail: emmanuele.ars@hotmail.it

blog: <http://www.emmanuele.splinder.com/>

forum: <http://emmaparlamone.splinder.com/>

**IMPORTANTE**

SI PREGA DI COMPILARE E ALLEGARE LA SUDETTA SCHEDE OGNI QUAL VOLTA SI INVIANO GLI ESAMI DI CONTROLLO

## SCHEDE STATUS PAZIENTE

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Sesso F  M  C.F.: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ cap.: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ fax.: \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Pagina web\blog: \_\_\_\_\_

**SCHEDE SOCIO n°** \_\_\_\_\_

**TERAPIA iniziata il** \_\_\_\_\_

Effettua la Terapia C.R.A.P. (*Complementare Riducente Antidegenerativa Puccio*) regolarmente secondo modi e posologie indicate?

si  no

ha mai interrotto la Terapia C.R.A.P? si  no

se sì per quanto tempo \_\_\_\_\_

- Alimentazione: Scarsa  Buona  Ottima
- Nausea: Persistente  No  Raramente  si  no
- Peso corporeo : Stabile  Dimagrito  Buono  Altezza cm..... / peso.....
- Colore Pelle: Pallido  Buono  normale
- Temperatura corporea : 35°-36°  36,5° – 37,2°  37,2 °av.  MEDIA RILEVABILE ORE 18  
(NEL CASO SI VERIFICASSERO BRIVIDI SCUOTENTI COMUNICARLO TEMPESTIVAMENTE)
- Pressione Corporea media rilevabile ore 18 (*preferibilmente*) \_\_\_\_\_
- Dolori: Deboli  Forti   
Localizzati in quale parte del corpo \_\_\_\_\_
- La parte dove è localizzato il dolore è gonfia  si  no   
arrossata  si  no
- La notte dorme Bene  Male   
quante ore in media \_\_\_\_\_
- Soffre di allucinazioni  si  no
- Presenza di edema  si  no
- Urina: Frequentemente  Scarsamente  Normalmente   
Colore .....
- Consistenza delle feci Liquide/frequenti  Liquide/scarse   
Dure/scarse  Normali   
Colore .....
- Da quando ha intrapreso la Terapia C.R.A.P. il suo status è  
migliorato  peggiorato  stabile   
quantificati da 1 a 10 la risposta precedente \_\_\_\_\_

- Altre notizie che ritenete utile comunicarci

---

---

---

---

Acconsento al trattamento dei miei dati sensibili e personali (nel pieno rispetto dei principi dalla direttiva art.26, D.Lgs. 196/03 per la protezione dei dati personali) a favore dell'Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele, per gli scopi scientifici perseguiti della stessa. Autorizzo la pubblicazione dei miei dati sensibili, finalizzati alla divulgazione dei risultati ottenuti successivamente all'applicazione del protocollo elaborato dal sig. Giovanni Puccio. Dichiaro altresì di allegare ultimi esami clinici effettuati e consentirne il trattamento.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro, sotto mia responsabilità, come veritiero quanto sopra dichiarato, consento pertanto al trattamento dei suddetti dati sensibili (art.26, D.Lgs. 196/03), per i fini (statistici e di ricerca) perseguiti dall'*Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, in favore della stessa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PARTE DA FARE COMPILARE AD UN FAMILIARE CHE SEGUA IL PAZIENTE E CONOSCA LE SUE CONDIZIONI DI SALUTE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

grado di parentela con il paziente \_\_\_\_\_

Come ritiene le condizioni del soggetto?                      migliorato    peggiorato    stabile   
quantifichi da 1 a 10 la risposta precedente \_\_\_\_\_

- Altre notizie che ritenete utile comunicarci

---

---

---

Dichiaro, sotto mia responsabilità, come veritiero quanto sopra dichiarato, consento pertanto al trattamento dei suddetti dati sensibili (art.26, D.Lgs. 196/03), per i fini (statistici e di ricerca) perseguiti dall'*Associazione per la Ricerca Scientifica Emmanuele*, in favore della stessa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_