



ISTITUTO ISCRITTO ALL'ALBO NAZIONALE DEI LABORATORI DI RICERCA – Decreto MIUR n°1417 GU n°160 del 12/07/05
 Progetto "Bionetwork" realizzato con il cofinanziamento dell'Unione Europea e dello Stato Italiano [decreto n°1765/ric. del 19/22/2007 – Fondo per lo Sviluppo Regionale (FESR), Fondo Sociale Europeo (FSE) e Fondo di Rotazione (FDR)],
POLIAMBULATORIO: ALLERGOLOGIA, ANGIOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, GINECOLOGIA, GENETICA, NEUROLOGIA, TRATTAMENTO OBESITA' ED ENTEROPATIE, ECOGRAFIE.

8 aggiornamento del 05.02.11

MINERALOGRAMMA SU CAPELLI



L'ESAME MULTIMINERALE SU CAPELLI (MINERALOGRAMMA) viene effettuato in questo Istituto con l'avanzata tecnologia in SPETTROMETRIA DI MASSA ICP-MS QUADRUPOLO e mineralizzazione a microonde ad alta pressione. Non è quindi più necessario inviare i campioni in laboratori spagnoli o americani. L'esame consente di valutare la carenza o l'eccesso di elementi che possono provocare svariate patologie. Esso è indicato quando non si riesce a porre una diagnosi sull'origine di una data

sintomatologia soprattutto in soggetti con otturazioni dentali o a scopo preventivo. L'Istituto fornisce anche la necessaria consulenza specialistica per la corretta valutazione dei risultati dell'esame e l'opportuna terapia. Per eseguire il test mineralometrico su capelli compili il presente modulo e lo consegnino in accettazione.

La tariffa dell'esame è di 100€ ed occorre prenotare chiamando il n. 095/7685411



COGNOME _____ **NOME** _____

Indirizzo _____ **Data nascita** _____ **telefono** _____

| | | | |
|-------------------------------|---|--|---|
| Soffre di afte orali? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Fuma più di 7 sigarette al di | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ha contrazioni involontarie? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | E' in sovrappeso? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Soffre di prurito? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ha cellulite? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ha ridotto stimolo sessuale? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Mangia molta carne? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Avverte bocca e occhi secchi? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ha le unghie fragili? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si sente debole? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ha macchie sulla pelle? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ha la pelle secca? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ha capelli imbiancati precocemente? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Accusa facilmente affanno? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ha perdita di capelli? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Soffre di dolori articolari? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | La luce intensa da fastidio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Soffre di ipertensione? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Sente spesso freddo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ha spesso le caviglie gonfie? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Assume antidolorifici e antistaminici? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si alza ad urinare di notte? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Soffre di gambe pesanti? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Soffre di tiroide? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Soffre di dolori lombari? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Avverte dolori mattutini? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Soffre di depressione? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ha spesso formicolii? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Suda anche a riposo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Soffre d'insonnia? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Stenta a concentrarsi? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |