

Cognome: _____ Nome: _____ Età: _____
 Professione: _____ h.: _____ Peso: _____ BMI: _____

	Maschi	Femmine	Min.	Kcal.
I. Attivita' fisiologiche e lavorative (1,2):				
A. sonno	1.1	1		
B. attivita' in stazione assisa:	1.5	1.1		
1. guida di auto				
2. giochi di societa'				
3. lavoro di ufficio o lavoro intellettuale				
C. attivita' svolte in stazione eretta:	2.5	1.5		
1. toilette personale				
2. lavori eseguiti su una superficie limitata				
D. camminare:	3	2.5		
E. lavori domestici:	1.2 - 5	1.4		
1. spazzare, lavare, cucinare				
2. ordinare una stanza, stirare	3.1	2.5		

II. Attivita' ricreative (2):	Min-Max	Minuti	Kcal.
A. alpinismo	10.5 - 11		
B. bowling	5		
C. calcio	8.8		
D. canoa	3 - 7		
E. canottaggio	4 - 11		
F. ciltismo	4.5 - 11		
G. corsa campestre	10.5		
H. danza	4.6 - 7.8		
I. equitazione	3 - 10		
J. giardinaggio	2.5 - 6.5		
K. ginnastica	2.5 - 6.5		
L. golf	5		
M. nuoto	5 - 14		
N. pallavolo	3.5 - 10		
O. pattinaggio	6.1		
P. sci	10 - 20		
Q. tennis	7.1 - 10		
R. tiro con l'arco	5.1		

				Totali:			
Attivita' fisiologiche (sonno, pasti..)				kcal./die			
Attivita' lavorative				kcal./die			
Attivita' ricreative				kcal./die			
	0	6	9	12	15	18	21	24
ore:	1	2	3	4	5	6	7	8
minuti:	60	120	180	240	300	360	420	400

¹. Per soggetti di 25 anni a 20 °C (maschi: Kg.70, femmine: Kg.58)

². Espresso in kcal./minuto

<i>A proposito del mangiare, a me succede che....</i>	MAI O QUASI	TALVOLTA	SPESSO	SEMPRE O QUASI	Qui non scrivete
1) Faccio più di uno spuntino tra i pasti...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
2) Mangio di abitudine negli stessi posti...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
3) Mi sottopongo a diete o digiuni, oppure tento di saltare pasti o pietanze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
4) Smetto di mangiare non appena ho finito la mia porzione...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
5) Aspetto l'ora di pranzo o di cena anche se ho appetito...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
6) Quando mi sento in tensione mangio di più...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
7) Mangio di più quando mi sento annoiato o arrabbiato..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
8) Faccio fantasie a occhi aperti sui miei cibi preferiti...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
9) Mangio regolarmente nelle stesse ore della giornata...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
10) Faccio uso di farmaci che riducono la mia voglia di mangiare...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
11) Se sono addolorato dispiaciuto o deluso mangio più del solito...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
12) Non resisto alla vista o al profumo di qualche cibo "invitante"...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
13) Mastico a lungo ogni boccone che mangio...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
14) Mi preoccupo moltissimo se mi sento troppo pieno o sazio...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
15) Mi trovo in situazioni che stimolano la mia voglia di mangiare...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
16) Metto qualcosa sotto i denti quando ne sento il bisogno...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
17) Mangio lentamente e assaporo i cibi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
18) Mangio soltanto se ho veramente appetito...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
19) Appena sento lo stomaco pieno, mi sento male pensando a quanto ingrasserò...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
20) Ogni tanto sento una fame insopportabile...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
21) Ho a portata di mano o ben in vista biscotti, frutta o altri cibi, in caso di fame...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
22) Smetto di mangiare non appena mi sento sazio...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B

PROGRAMMA DI AUTOCONTROLLO DEL PESO

DIARIO ALIMENTARE DEL GIORNO: _____

PROGRAMMA iniziato il: _____

Qui trascrivo ogni alimento che ho consumato, uno per riga, usando per ognuno la stessa unita' di misura, insieme a come ho mangiato e cio' che ho pensato e sentito prima durante e dopo

COSA HO MANGIATO:	QUANTO:	QUANDO:	DOVE:	COME HO MANGIATO?	COME MI SENTIVO?	HO ECCEDUTO?