CONTRATTO DI ADESIONE AL PROGRAMMA DI MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

DATA.....

Io ..... accetto di partecipare al programma di modificazione del comportamento alimentare proposto dall'Associazione Italiana Obesità.

Desidero raggiungere l'obiettivo di modificazione del comportamento alimentare in modo da evitare conseguenze ne e nel più breve tempo possibile.

Ho preso visione dell'intero programma da seguire e accetto quindi di impegnarmi ad osservare le seguenti regole:

A. *rispettare gli appuntamenti previsti dal programma di trattamento*
B. *compilerò tutte le schede di autosservazione ed i questionari*
C. *porterò sempre con me la lista delle motivazioni che mi spingono a modificare il comportamento alimentare e le leggerò ogni volta avessi l'intenzione o la voglia di violare il nuovo regime alimentare*
D. *farò uso delle informazioni man mano raccolte, per poter meglio controllare ciò che mi spinge a mantenere il vecchio regime alimentare*

Accetto che le informazioni fornite possano essere utilizzate esclusivamente per ricerche scientifiche ed in modo anonimo. A mia richiesta i dati personali potranno essere eventualmente distrutti.

Dichiaro di firmare questo contratto di mio spontanea volontà, avendo capito ed accettato i contenuti e le modalità del programma.

FIRMA.....

Il sottoscritto ....., operatore presso l'AIO, si impegna a seguire ... sig. ..... per tutta la durata del programma (5 incontri), fornendogli tutta l'assistenza necessaria allo svolgimento delle attività previste. Mi impegno a mantenere la riservatezza ed il segreto professionale su qualunque informazione fornita dal paziente, salvo diversamente da lui richiesto. In nessun caso l'identità del paziente sarà segnalata ad altri senza il suo permesso scritto.

FIRMA.....

SCHEDA DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO

I contesti o gli stimoli di aumentato rischio	Eventuali comportamenti di approccio	Eventuali comportamenti di evitamento
Quali sono le situazioni o gli stimoli che possono provocarmi una ricaduta ?:	Ho fatto qualcosa che mi ha messo a rischio di violare il nuovo regime alimentare?:	Ho evitato di fare qualcosa che mi poteva creare una situazione a rischio?:

A.I.O
Associazione Italiana Obesità

SCHEDA DELLE ASPETTATIVE

Cognome Nome Data

Cosa mi aspetto se cambio il mio regime alimentare attuale

In Positivo

In Negativo

Cosa mi aspetto se mantengo il mio regime alimentare attuale

In Positivo

In Negativo

A.I.O

Associazione Italiana Obesità

Cognome **Nome** **Data**

VOGLIO CAMBIARE IL MIO REGIME ALIMENTARE ATTUALE PER I SEGUENTI MOTIVI:

Importanza **0-100**

1) migliorare il mio stato di salute e ridurre quindi il rischio di danni irreversibili

2) curare maggiormente il mio aspetto estetico

3) risparmiare denaro sull'acquisto di cibi inutili

4) riuscire a controllare una cattiva abitudine

5) migliorare il rapporto con il partner

6) migliorare i rapporti con i familiari e amici

7) svolgere con con meno fatica il mio lavoro

8) interessarmi nuovamente ai miei hobby

9) Vestire come mi piace

10) Sentire il mio stomaco leggero

11) Dormire meglio

12) Sudare di meno

13)

14)

15)

16)

17)

18)

19)

20)

A.I.O
Associazione Italiana Obesità

DIARIO ALIMENTARE

Diario alimentare del giorno:_____ **Programma iniziato il:**_____

Qui trascrivo ogni **alimento** che ho consumato, uno per riga, usando la stessa unità di **misura**, **come** ho mangiato, e ciò che ho **pensato** e **sentito** prima, durante e dopo

COSA HO MANGIATO	QUANTO	QUANDO (occasione)	DOVE	COME MI SONO SENTITO			COSA MI SONO DETTO		
				Prima	Durante	Dopo	Prima	Durante	Dopo

A.I.O
Associazione Italiana Obesità

COME MI SONO SENTITO

Aggressivita'	*Rabbia*	*Irritazione*
Dispiacere	*Delusione*	*Dolore*
Eccitamento	*Interesse*	*Attrazione*
Gioia	*Entusiasmo*	*Euforia*
Indignazione	*Sdegno*	*Disprezzo*
Meraviglia	*Sorpresa*	*Stupore*
Paura	*Timore*	*Panico (Terrore)*
Repulsione	*Disgusto*	*Nausea*
Soddisfazione	*Piacere*	*Gratificazione*
Tristezza	*Malinconia*	*Nostalgia*
Vergogna	*Timidezza*	*Imbarazzo*
		Senso di Colpa
		Ambivalenza

Emozione: +++ estremamente intensa ++ molto intensa + abbastanza intensa

SETTIMANA:_____

	Mattino	Pomeriggio	Sera	Notte
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				