

## QUESTIONARIO

MEDCANAPA È UN PROGETTO DI MASIOLI&SPINELLI SNC PER DIFFONDERE INFORMAZIONI SULLE PROPRIETÀ BENEFICHE E NUTRACEUTICHE DELLA CANAPA E PROMUOVERE I PRODOTTI A BASE DI CANNABINOIDI.

**LA TUA OPINIONE È IMPORTANTE** PER MIGLIORARE COSTANTEMENTE LA NOSTRA OFFERTA E LE POTENZIALITÀ DEI PRODOTTI CHE HAI UTILIZZATO. TI RINGRAZIAMO PARTICOLARMENTE SE VORRAI CONSEGNAICI IL PRESENTE MODULO COMPILATO: **I TUOI FEEDBACK E LA TUA TESTIMONIANZA POSSONO AIUTARE ALTRE PERSONE CHE HANNO VISSUTO UN'ESPERIENZA SIMILE ALLA TUA.**

---

---

DATI PERSONALI:      M  F       ETA': \_\_\_\_\_      PESO: \_\_\_\_\_ Kg.      ALTEZZA: \_\_\_\_\_ cm.

PRODOTTI UTILIZZATI: \_\_\_\_\_

---

---

### DATI PRIMA DELL'ASSUNZIONE DEI PRODOTTI

**SINTOMI:**

<input type="checkbox"/> NAUSEA	<input type="checkbox"/> VOMITO
<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> ASTENIA
<input type="checkbox"/> PSICOSI	<input type="checkbox"/> ANSIA/STRESS
<input type="checkbox"/> EMICRANIA	<input type="checkbox"/> PERDITA DI APPEITO
<input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO	<input type="checkbox"/> TENSIONE LOCALIZZATA
<input type="checkbox"/> DOLORI MUSCOLARI E ARTICOLARI	<input type="checkbox"/> PSORIASI
<input type="checkbox"/> SECCHENZA DELLA CUTE	<input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINEA
<input type="checkbox"/> ALTRO:	

\_\_\_\_\_

### INTENSITA' DEI SINTOMI

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 1 A 10 \_\_\_\_\_

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 1 A 10 \_\_\_\_\_

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 1 A 10 \_\_\_\_\_

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 1 A 10 \_\_\_\_\_

QUALITA' DI VITA:      DA 0 A 10 \_\_\_\_\_



## DATI DOPO (O DURANTE) L'ASSUNZIONE DEI PRODOTTI

### INTENSITA' DEI SINTOMI

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 0 A 10 \_\_\_\_\_

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 0 A 10 \_\_\_\_\_

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 0 A 10 \_\_\_\_\_

SINTOMO: \_\_\_\_\_ DA 0 A 10 \_\_\_\_\_

QUALITA' DI VITA: DA 0 A 10 \_\_\_\_\_

### ALTRI MIGLIORAMENTI RISCONTRATI:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATTENUAZIONE DEI DOLORI   | <input type="checkbox"/> POTENZIAMENTO DELLA MOBILITA' |
| <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO QUALITA' DEL SONNO  | <input type="checkbox"/> PELLE PIU' VELLUTATA          |
| <input type="checkbox"/> PELLE MENO REATTIVA   | <input type="checkbox"/> MAGGIORE ENERGIA              |
| <input type="checkbox"/> BENESSERE GENERALE  | <input type="checkbox"/> MIGLIORAMENTO DELL'UMORE      |
| <input type="checkbox"/> NESSUN ALTRO MIGLIORAMENTO RILEVANTE (ALL'INFUORI DELLA RIDUZIONE DEL SINTOMO PRINCIPALE) |  |
| <input type="checkbox"/> ALTRO:  |  |
- 

MODALITA' DI UTILIZZO DEL PRODOTTO:  1 VOLTA AL GIORNO  2 VOLTE AL GIORNO  3/PIU' VOLTE AL GIORNO

PERIODO DI UTILIZZO DEL PRODOTTO:  ≤30 GIORNI  >30 GIORNI  OLTRE 90 GIORNI

ASSUNZIONE DEL PRODOTTO IN CONCOMITANZA AD ALTRE TERAPIE:  SI  NO

SE SI È ASSUNTO IL PRODOTTO IN CONCOMITANZA AD ALTRA TERAPIA:

- IL PRODOTTO HA POTENZIATO L'EFFETTO DELLA TERAPIA  
 IL PRODOTTO HA ANNULLATO L'EFFETTO DELLA TERAPIA  
 NON È STATA RISCONTRATA INTERAZIONE DI NESSUN TIPO  
 ALTRO:
- 



**EFFETTI COLLATERALI RISCONTRATI:**

- NESSUNO
  - PEGGIORAMENTO DEI SINTOMI
  - ERITEMI E SFOGHI CUTANEI
  - SVILUPPO DI ALLERGIE
  - ALTRO: \_\_\_\_\_
- 

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEI PRODOTTI:**

- OTTIMO       BUONO       MEDIOCRE
- INSUFFICIENTE       ALTRO: \_\_\_\_\_

**QUESTO QUESTIONARIO È STATO COMPILATO:**

- DURANTE IL PERIODO DI UTILIZZO DEI PRODOTTI
- AL TERMINE DEL PERIODO DI UTILIZZO DEI PRODOTTI

ALTRI COMMENTI SUI PRODOTTI E/O IL SUO UTILIZZO:

---

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati forniti verranno trattati nell'assoluto rispetto delle disposizioni contenute nella legge italiana che regola la privacy ed i dati personali - d.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

- consenso al trattamento dei dati personali per uso interno a MEDCANAPA di Masioli&Spinelli Snc
- disponibilità a fornire documentazione a supporto del presente questionario (ad es. documentazione fotografica, pareri medici, ...) per uso interno a MEDCANAPA (Masioli&Spinelli Snc), v. allegati:

Allegato 1: \_\_\_\_\_

Allegato 2: \_\_\_\_\_

Allegato 3: \_\_\_\_\_

Allegato 4: \_\_\_\_\_

- consenso alla pubblicazione, in forma anonima, del presente formulario e di eventuale documentazione allegata (in forma anonima) sul sito internet di MEDCANAPA ([www.medcanapa.com](http://www.medcanapa.com)), pubblicazioni scientifiche, presentazioni ad eventi, ecc.
- disponibilità ad offrire la propria testimonianza sul sito internet di MEDCANAPA ([www.medcanapa.com](http://www.medcanapa.com)) o in occasione di eventuali eventi informativi (fornire numero di telefono TEL \_\_\_\_\_)

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

