

> Chi può richiedere la garanzia Sindrome Metabolica?

La garanzia si applica a tutti i soggetti assicurati in forma collettiva e a tutti i soggetti assicurati mediante adesione facoltativa.

> Lo sapevi?

Sedentarietà e alimentazione eccessiva e non corretta possono portare alcuni soggetti a soffrire di Sindrome Metabolica.

Questa condizione porta ad un aumento del peso corporeo e in particolare ad un accumulo eccessivo di grasso addominale.

> Quando si parla di Sindrome Metabolica?

Se il nostro corpo presenta **più disturbi di questo tipo** allo stesso tempo:

- + **Trigliceridi alti**.....(≥ 150 mg/dl)
- + **Colesterolo HDL (detto 'buono') basso**.....(< 35 mg/dl, **Maschi**; < 39 mg/dl, **Femmine**)
- + **Pressione arteriosa alta**(≥ 130/80 mmHg)
- + **Glicemia a digiuno alta**.....(≥ 110 mg/dL)
- + **Girovita eccessivo**.....(≥ 94 cm, **Maschi**; ≥ 80 cm, **Femmine**)



Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Sindrome Metabolica si manifesta con:

Alterata glicemia o insulino-resistenza, più due dei seguenti criteri:

- + Iperensione arteriosa (**PA ≥ 160/90**) o assunzione di anti-ipertensivi
- + Ipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dl)
- + Ridotto Colesterolo HDL (< 35 mg/dl, **Maschi**; < 39 mg/dl, **Femmine**)

- + Obesità centrale (**WHR > 0.9, Maschi**; > 0.85, **Femmine** e/o **BMI > 30**)
- + Microalbuminuria (**U-AER > 20 µg/min** o rapporto albumina/creatinina > 20 mg/g)

> Attenzione!

La **Sindrome Metabolica non è una vera e propria malattia**, ma è **un insieme di alterazioni** che, se non vengono corrette, possono portare a numerose complicanze.

Quando parliamo della nostra salute, è importante tener presente quei **"fattori di rischio"** che non si manifestano con dei sintomi, ma che nel tempo potrebbero portare a vere e proprie patologie

Ti basterà rispondere a poche domande del questionario per individuare il tuo fattore di rischio.



Conoscere il proprio corpo, sapere per tempo se qualcosa non va come dovrebbe, rappresenta il primo passo verso la prevenzione



> Come prevenire?

Si può intervenire efficacemente sul problema attraverso la **prevenzione**:

ATTIVITA' FISICA		Bloccano il progredire di una malattia cardiovascolare
+	=	Migliorano la salute del cuore
ALIMENTAZIONE SANA		Migliorano la circolazione del sangue

E se i cambiamenti delle abitudini non fossero sufficienti, il medico potrebbe prescrivere dei farmaci da associare ad essi

> Di quali dati hai bisogno per compilare il questionario?

ESAMI DEL SANGUE

- Colesterolo HDL/LDL
- Colesterolo Totale
- Glicemia a digiuno
- Trigliceridi

MISURA DELLA PRESSIONE

- Pressione min (diastolica)
- Pressione max (sistolica)

MISURA DEL GIRO VITA

- Dalla circonferenza addominale all'altezza dell'ombelico

RILEVAZIONE DEL GIRO VITA

- Alla mattina a digiuno

> Come compilare il questionario?

La presente garanzia verrà prestata **fino alla scadenza della polizza** a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito della CASSA GEOMETRI www.cipag.it e accessibile dall'area riservata di MyGenerali



Stampa il questionario (pag. 3 e 4)



Compila tutti i campi, **leggi e accetta** l'informativa privacy



Scannerizza tutti i fogli, compresa l'informativa privacy firmata



Invia tutto all'email sindrome.metabolica@avanguardiamedica.it

> Come compilare il questionario?



I medici di Generali Welion effettueranno un'**attenta valutazione** dei dati



Entro due giorni dal ricevimento del questionario, i medici ti invieranno l'esito al tuo indirizzo e-mail



I medici daranno **consigli e pareri** per uno stile di vita e una alimentazione salutare e per tutti quegli attori che aiutano a mantenerti in salute

> Questionario Sindrome Metabolica

NOME E COGNOME

.....

CODICE FISCALE

.....

INDIRIZZO EMAIL

.....

NUMERO DI TELEFONO

.....

> **INFORMAZIONI PERSONALI**

Sesso..... Maschio Femmina

Età.....

Altezza.....

Peso.....

Pressione min (diastolica).....

Pressione max (sistolica).....

Qual è la tua circonferenza addominale.....

> **ABITUDINI**

Fai uso di farmaci per l'ipertensione?..... Sì No

Sei un/a fumatore/trice? Sì No

In caso di risposta affermativa, quante sigarette fumi al giorno?.....

Assumi alcolici quotidianamente? Sì No

In caso di risposta affermativa, quanti bicchieri bevi al giorno?.....

Quanti caffè bevi al giorno?

Solitamente ti senti stanco la mattina..... A volte Sì No

Dopo aver fatto colazione o dopo pranzo, avverti senso di torpore o sonnolenza? A volte Sì No

Durante la giornata noti dei cali di energia e ti stanchi facilmente?..... A volte Sì No

La sera ti addormenti senza problemi?..... Sì No

> **STORICO MEDICO**

Ti hanno mai detto che avevi la glicemia alta?

Dai tuoi ultimi esami del sangue, qual era il valore della glicemia?.....

Dai tuoi ultimi esami del sangue, qual era il valore del colesterolo TOTALE?.....

NOME E COGNOME

CODICE FISCALE

.....

.....

INDIRIZZO EMAIL

NUMERO DI TELEFONO

.....

.....

Dai tuoi ultimi esami del sangue, qual era il valore del colesterolo HDL?

Dai tuoi ultimi esami del sangue, qual era il valore del colesterolo LDL?

Dai tuoi ultimi esami del sangue, qual era il rapporto LDL/HDL?

Dai tuoi ultimi esami del sangue, qual era il valore dei tuoi trigliceridi?

Hai casi di diabete in famiglia o, se donna, hai sofferto di diabete gestazionale?

> TENDENZE

Hai spesso mani e piedi freddi?..... A volte Sì No

Presenti problemi di adiposità localizzata? Sì No

Noti segni di ritenzione idrica? A volte Sì No

Hai la tendenza a soffrire di disturbi intestinali? A volte Sì No

Negli ultimi sei mesi hai cercato di perdere peso? Sì No

Dopo una dieta riacquisti peso velocemente? Sì No

La tua alimentazione è varia ed equilibrata? A volte Sì No

Quanto spesso mangi frutta o verdura?

Ti alzi di notte per mangiare? A volte Sì No

Quante ore di attività fisica svolgi settimanalmente? Sì No

> PER LE DONNE

Età al primo ciclo mestruale A volte Sì No

Sei in menopausa? Sì No



Consenso al trattamento dei dati personali – Reg. UE 2016/679

Ai sensi del Reg. UE 2016/679 e normativa vigente, l'Interessato ha diritto di conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate

Data e luogo

Firma consenso