

Questionário pré-consulta: Hábitos de Vida e fatores de prejuízo à Qualidade de Vida

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Data da consulta: _____

(Deixe em branco o que não se aplicar ao paciente)

Acha que tem boa saúde geral? Sim NÃO

Toma 50ml/Kg/dia de Água, ou até mais que isso (por exemplo, se tem 60 kg, 3l de água/dia) Sim NÃO

Toma água regularmente, de 1/1h ou no máximo de 2 em 2h? Sim NÃO

Alguma alteração na sua urina ou transpiração? Não SIM

Ingere um bom café-da-manhã todos os dias? Sim NÃO

Faz 5 a 6 refeições/dia, alimentando-se no máximo a cada 3 em 3h? Sim NÃO

Come fibras (folhas, frutas, cereais, "granolas", brotos, cogumelos, palmitos, etc) pelo menos 2x/dia, todos os dias? Sim NÃO

Vai ao banheiro (fezes) todos os dias? Sim NÃO

Tem frequentemente sintomas intestinais (gases, diarréia, constipação, mal cheiro excessivo das fezes, fezes mal formadas, ficar cheio demais após comer, etc) ? Não SIM

Come/bebe com frequência (ou excessos pelo menos 2x/semana) algum(s) destes: doces, bolos, salgadinhos, refrigerantes, massas, açúcar, pães, fast-food, etc. ? Não SIM

Consome glúten, leite (e derivados) ou carne vermelha frequentemente? Não SIM

Toma mais que 6 xícaras (pequenas) de café por dia Não SIM

Exercícios físicos: Pratica no mínimo 3x/semana, regularmente? Sim NÃO

Pratica exercícios físicos de Força pelo menos uma vez por semana? Sim NÃO

Acha que respira bem, ao longo da maior parte do dia? Sim NÃO

Tira momentos no dia, regularmente, para respirar profundamente? Sim NÃO

Dorme bem: não tem dificuldades para pegar no sono ou durante ele? Sim NÃO

Acorda descansado de manhã, sentindo energia/disposição para o dia? Sim NÃO

Mantém-se bem informado e atualizado(a) em temas de SAÚDE? Sim NÃO

Acha que tem pouco ou nenhum stress na maior parte dos seus dias? Sim NÃO

Quando tem stress: costuma experimentar comumente sintomas muito incômodos, piores de sintomas/doenças ou muita dificuldade em superar o stress? Não SIM

- Fuma ou fumou nos últimos 5 anos? Não SIM
- Ingere ou ingeriu excessos de bebida alcoólica (ou frequentemente)? Não SIM
- Acha que está submetido a algum excesso ou intoxicação regularmente? Não SIM
- Crê que tem conduta habitualmente positiva/otimista ante a vida? Sim NÃO
- Acredita que esteja bem mental e psicologicamente? Sim NÃO
- Apresenta regularmente irritabilidade, ansiedade ou tristeza? Não SIM
- Costuma reservar tempo para planejar seus dias e metas de vida? Sim NÃO
- Tem atividades de lazer, diversão e relaxamento diariamente? Sim NÃO
- Mantém relacionamento regular com Deus (ou algo superior em que acredite)? Sim NÃO
- Alguma consulta MÉDICA nos últimos 12 meses? Sim NÃO
- Alguma consulta com NUTRICIONISTA nos últimos 12 meses? Sim NÃO
- Alguma consulta com DENTISTA nos últimos 12 meses? Sim NÃO
- Exames completos (incluindo hormônios) nos últimos 12 meses? Sim NÃO
- Toma Sol regularmente, pelo menos 3x/semana? Sim NÃO
- Sabe como expor-se ao Sol adequadamente (e os benefícios desta exposição)? Sim NÃO
- Tem ou já teve peso inadequado (sobrepeso, obesidade ou baixo peso)? Não SIM
- Tem ou já teve alguma doença que deixou incapacidade? Não SIM
- Usa algum medicamento regularmente? Não SIM
- Há doenças graves em familiares próximos? Não SIM
- Tem alergia/intolerância a algum fator ao qual ainda se expõe? Não SIM
- Já leu as seções do site www.icaro.med.br/artigos (pelo menos sobre Hábitos Saudáveis de Vida e Alimentação Saudável)? Sim NÃO

***** "GABARITO": as assertivas para as quais suas repostas foram marcadas nos campos acinzentados (ou seja, à direita) representam os pontos/HÁBITOS que você deve corrigir ou melhorar.**