

## 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, diarreia, 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.icaromed.br/artigos](http://www.icaromed.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.**