



Questionário de AUTO-AVALIAÇÃO: Hábitos e fatores gerais de prejuízo à Qualidade de Vida

Nome: _____

- 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 hormonais) 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 (pelo menos sobre Hábitos Saudáveis de Vida, Alimentação Saudável, Movimento11 e Hormônios)? Sim NÃO

- **INSTRUÇÕES DE USO:** Este questionário deve ser preenchido semanalmente E as respostas-cinzas apontam condições ou comportamentos que precisam ser abordados/melhorados – Sugestão: minimamente, melhorar 2 a 3 pontos-cinzas por semana (NÃO há necessidade de levar este questionário para as suas consultas: ele destina-se à SUA própria avaliação semanal da SUA própria saúde)
- **“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.