

8. AEV – (Avaliação do Estilo de Vida)

Análise do Comportamento Alimentar:

- () Com restrições () Sem restrições
 () Com horários fixos () Sem horários fixos
 () Espaça muito entre as refeições
 () Belisca muito

Você comeu ontem:

- Guloseimas (bala, pirulito, chiclete), biscoito recheado, doces: () sim () não
- Verduras e legumes: () sim () não
- Frutas frescas: () sim () não
- Feijão: () sim () não
- Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, salsicha, etc): () sim () não
- Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha ou em pó, suco de fruta com adição de açúcar, etc): () sim () não
- Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados: () sim () não

() Ingesta de líquido sem adoçar - (água, suco natural, chás, café...: quantidade _____)

Local onde faz as refeições:

- () Casa
 () Restaurante
 () No trabalho
 () Variado

Modo como faz as refeições:

- () Local tranquilo
 () Local agitado
 () Em frente a TV, com celular etc

Sente muita fome?

- () Sim
 () Não

Mastigação:

- () mastiga rápido
 () mastiga devagar
 () pedaços alimentos nas fezes

Período que mais sente fome:

- () Manhã
 () Tarde
 () Noite
 () Madrugada
 () Variado

Quais refeições você faz ao longo do dia:

- () café da manhã
 () lanche da manhã
 () almoço
 () lanche da tarde
 () jantar
 () ceia

Quando pensa em comida?

- () Somente próximo às refeições () Quase sempre () O tempo todo

Come compulsivamente?

- () Sim () Não

Possível Transtorno Alimentar?

Análise Comportamento Mental:

Patient Health Questionnaire – Two items PHQ-2

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.				
2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança.				

* Ponto de corte maior ou igual a 03; * Em caso de PHQ 2 positivo, aplicar PHQ 9;

Patient Health Questionnaire – Two items PHQ-9

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer nas atividades				
2. Sentindo-se pra baixo, deprimido ou sem esperança				
3. Dificuldade pra pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormiu demais				
4. Sentiu-se cansado ou pouca energia				
5. Teve falta de apetite ou comeu demais				
6. Sentiu-se mal consigo mesmo ou se achou um fracasso ou decepção				
7. Dificuldade de se concentrar nas coisas				
8. Lentidão para se movimentar ou falar ou ficou agitado demais, andando de um lado para outro				
9. Pensou em se ferir de alguma maneira ou achou melhor estar morto				

* O ponto de corte da escala PHQ9 é a pontuação maior ou igual a 10. – Leve: 10 a 14 pontos – Moderado: 15 a 19 pontos – Grave: 20 a 27 pontos.

General Ansiedade Disorders – Two itens GAD-2

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentindo-se nervosa, ansioso ou no seu limite.				
2. Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações.				

* Ponto de corte maior ou igual a 03; * Em caso de GAD 2 positivo, aplicar GAD 7

General Ansiedade Disorders – Two itens GAD-7

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite				
2. Não ser capaz de parar ou controlar as preocupações				
3. Preocupar-se muito com diversas coisas				
4. Dificuldade para relaxar				
5. Ser tão inquieto que se torna difícil permanecer parado				
6. Ficar facilmente irritado ou irritável				
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer				

* Ponto de corte maior ou igual a 10; De acordo com GAD7: • Ansiedade leve: 5 a 9 pontos ; • Ansiedade moderada: 10 a 14 pontos; • Ansiedade grave: 15 a 21 pontos.

Análise Breve do Sono (Aplicar PSQI):

Horário do Sono:

Considera: () Reparador () Não reparador

Apresenta ou possui diagnóstico de algum distúrbio do sono? () Sim ()

Não

Qual? _____

Obs.: _____

Análise do nível de atividade física:

PACE = _____

IPAQ = () muito ativo. () ativo () irregularmente ativo. () sedentário

9. Sistemas

Sistema respiratório: _____

Sistema gastrointestinal: _____

Sistema renal: _____

Sistema neurológico: _____

Sistema ósteo-mio-articular: _____

Sente dores musculares? () Sim () Não Onde? _____

Relate a possível causa da dor: _____

Já sofreu fraturas? () Sim () Não Onde? _____

14 – Análise diagnóstica e encaminhamentos da equipe:

Avaliador(es): _____