

TABELA DO NÍVEL DE HIGIEZ

Marque os sintomas que fazem parte da sua história clínica:

ATIVIDADE/ENERGIA

- ☐ _____ Fadiga/cansaço
- ☐ _____ Apatia/letargia
- ☐ _____ Hiperatividade
- ☐ _____ Stress

BOCA/GARGANTA

- ☐ _____ Tosse crônica
- ☐ _____ Necessidade freqüente de limpar a garganta
- ☐ _____ Dor de garganta, rouquidão, perda de voz
- ☐ _____ Inchaço e descoloração da língua, gengivas e lábios
- ☐ _____ Aftas

CABEÇA

- ☐ _____ Dor de cabeça
- ☐ _____ Desmaio
- ☐ _____ Tontura
- ☐ _____ Insônia

EMOÇÕES

- ☐ _____ Alteração de humor
- ☐ _____ Ansiedade, medo ou nervosismo
- ☐ _____ Raiva, irritabilidade ou agressividade
- ☐ _____ Depressão

JUNTAS/MÚSCULOS

- ☐ _____ Dores nas articulações
- ☐ _____ Artrite
- ☐ _____ Rigidez ou limitação de movimentos
- ☐ _____ Dor muscular
- ☐ _____ Sensação de fraqueza ou cansaço

MENTE

- ☐ _____ Memória fraca
- ☐ _____ Confusão, compreensão prejudicada
- ☐ _____ Concentração comprometida
- ☐ _____ Dificuldade de coordenação motora
- ☐ _____ Gagueira
- ☐ _____ Fala arrastada
- ☐ _____ Dificuldade de aprendizagem

NARIZ

- ☐ _____ Nariz entupido
- ☐ _____ Problemas de sinusite
- ☐ _____ Febre do feno
- ☐ _____ Ataques de espirro
- ☐ _____ Formação excessiva de muco

OLHOS

- ☐ _____ Lacrimejamento ou coceira
- ☐ _____ Pálpebras inchadas, avermelhadas ou pegajosas
- ☐ _____ Sacos ou círculos escuros sob os olhos
- ☐ _____ Visão borrada

OUVIDOS

- ☐ _____ Orelhas coçando
- ☐ _____ Infecções ou dores de ouvido
- ☐ _____ Drenagem da orelha
- ☐ _____ Zumbidos no ouvido, perda auditiva

PELE

- ☐ _____ Acne
- ☐ _____ Urticária, erupções cutâneas, ou a pele seca
- ☐ _____ Perda de cabelo
- ☐ _____ Fogachos (ondas de calor)
- ☐ _____ Sudorose excessiva
- ☐ _____ Dificuldade em suar

PESO

- ☐ _____ Excesso de comida/bebida
- ☐ _____ Desejo de certos alimentos específicos
- ☐ _____ Excesso de peso
- ☐ _____ Ingestão compulsiva de alimentos
- ☐ _____ Retenção hídrica
- ☐ _____ Peso inferior ao normal

PULMÕES

- ☐ _____ Congestão no peito
- ☐ _____ Asma, bronquite
- ☐ _____ Falta de ar
- ☐ _____ Dificuldade de respirar

TRATO DIGESTÓRIO

- ☐ _____ Náuseas e vômitos
- ☐ _____ Diarreia
- ☐ _____ Constipação
- ☐ _____ Sensação de inchaço
- ☐ _____ Arrotos/gases
- ☐ _____ Azia
- ☐ _____ Dor estomacal/intestinal

TRATO GENITO-URINÁRIO

- ☐ _____ Diurese noturna (urina durante a noite)
- ☐ _____ Diurese frequente/urgente
- ☐ _____ Infecções urinárias
- ☐ _____ Distúrbios da libido
- ☐ _____ Comprometimento do orgasmo
- ☐ _____ Problemas de ereção/ejaculação
- ☐ _____ Coceira ou corrimento genital

Depois de marcar os sintomas que possui, dê uma nota de 0 a 4 aos que você marcou, de acordo com a tabela a seguir:

- 0 - Nunca ou quase nunca tem o sintoma
- 1 - O sintoma se manifesta ocasionalmente
- 2 - Manifestação ocasional, com efeitos graves
- 3 - O sintoma é freqüente, sem gravidade
- 4 - O sintoma é freqüente, com gravidade

Agora, some as notas atribuídas aos seus sintomas e anote o resultado: _____

Resultado da pontuação:

- A. Menos de 10 pontos: **SAÚDE ÓTIMA**
- B. De 11 a 50 pontos: **DESEQUILÍBRIO DISCRETO**
- C. de 50 a 100 pontos: **DESEQUILÍBRIO MODERADO**
- D. Acima de 100 pontos: **DESEQUILÍBRIO GRAVE**

Favor marcar o seu nível de higidez: A B C D

Algum sintoma que não tenha sido perguntado?

Qual é o problema de saúde mais comum na sua família?

Qual é a (s) sua(s) queixa(s) principal (ais)?
