

QUESTIONÁRIO DE 18 A 25 ANOS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

(Preenchimento Obrigatório)

1	Nome (Completo):							2	Sexo:	
								M	F	
3	Sua Data de Nascimento:	___/___/___	4	Número de identificação:						
5	Nome da mãe:							6	Data de Nascimento:	
								___/___/___		
7	Escolaridade: (Mãe)	() Nenhuma	() Ensino fundamen- tal incom- pleto	() Ensino fundamen- tal	() Ensino Médio incom- pleto	() Ensino Médio completo	() Ensino Superior incompleto	() Ensino Superior		
8	Profissão: (Mãe)				9	Trabalha atualmente:	() Sim	() Não		
10	Nome do pai:							11	Data de Nascimento:	
								___/___/___		
12	Escolaridade: (Pai)	() Nenhuma	() Ensino fundamen- tal incom- pleto	() Ensino fun- damental completo	() Ensino Médio incom- pleto	() Ensino Médio completo	() Ensino Superior incompleto	() Ensino Superior completo		
13	Profissão: (Pai)				14	Trabalha atualmente:	() Sim	() Não		
15	Cidade em que reside:	() Vitória da Conquista				() Outros				
	Se outros, especifique:									
16	Naturalidade:	() Vitória da Conquista				() Outros				
	Se outros, especifique:									
17	Endereço:					18	Telefone:	()		
19	Bairro:					20	Celular:	()		
21	E-mail					22	CEP:			
23	Escolaridade:	() Nenhuma	() Ensino fundamen- tal incom- pleto	() Ensino fun- damental completo	() Ensino Médio incom- pleto	() Ensino Médio completo	() Ensino Superior incompleto	() Ensino Superior completo		
24	Você estuda ou estudou em:	() Escola Pública			() Escola Particular			() Não estudei		
25	Você trabalha?	() Sim				() Não				
26	Número de horas semanais trabalhadas:	() Menos de 20 horas		() 20 a 40 horas		() 41 a 60 horas		() Mais 60 horas		

27	Estado civil:	() Solteiro		() Casado		() Divorciado		() Viúvo	
28	Com quem vive (Uma ou mais opções)	() Solzinho	() Pais	() Cônjuge	() Filhos	() Irmão(s)	() Neto(s)	() Ajudante Remune- rado	() Parentes 1º grau
		Outro convívio (especificar):							

29	Tipo san- guíneo:	() A	() B	() O	() AB	() Não sabe informar				
30	Fator RH:	() - Negativo			() + Positivo		() Não sabe informar			
31	Peso ao nascer:						() Não sabe informar			
32	Pratica atividade física?	() Sim					() Não			
33	Se sim, qual?	() Ginástica	() Musculação	() Artes Marciais	() Natação	() Caminhada	() Outros			
		Se outros, especifique:								

Com relação você e aos seus pais como você classifica?

		Muito gordo	Gordo	Normal	Magro	Muito magro	Não sei infor- mar
34	Pai	()	()	()	()	()	()
35	Mãe	()	()	()	()	()	()
36	Eu	()	()	()	()	()	()

37	Quantas gestações: (Exclusivo para mu- lheres)	() Nenhuma	() 1 Gestação	() 2 Gesta- ções	() 3 Gesta- ções	() 4 Gesta- ções	() 5 Gesta- ções	() 6 Gesta- ções	() Mais de 6 Gesta- ções
		Mais Gestações (especificar):							
38	Quantos fi- lhos: (Exclusivo para mu- lheres)	() Nenhum	() 1 Filho	() 2 Filhos	() 3 Filhos	() 4 Filhos	() 5 Filhos	() 6 Filhos	() Mais de 6 Filhos
		Mais Filhos (especificar):							
39	Problema gestacio- nal: (Exclu- sivo para mulheres)	() Nenhum	() Anemia	() Diabetes ges- tacional	() Hipertensão	() Pré eclampsia	() Outro(s)		
		Se outro(s), especificar:							
40	Tipo de parto: (Ex- clusivo para mu- lheres)	() Normal			() Cesário		() Fórceps		
		Quantos:			Quantos:		Quantos:		

41	O parto foi: (Exclusivo para mulheres)	() Prematuro	() A termo	() Pós termo
		Quantos:	Quantos:	Quantos:

(Preenchimento Obrigatório)

		Até 1 salário mínimo (R\$ 788,00)	Mais de 1 até 3 salários mínimos (R\$ 789,00 até R\$ 2.364,00)	Mais de 3 até 5 salários mínimos (R\$ 2.365,00 até R\$ 3.940,00)	Mais de 5 até 7 salários mínimos (R\$ 3.941,00 até R\$ 5.516,00)	Mais de 7 até 10 salários mínimos (R\$ 5.517,00 até R\$ 7.880,00)	Mais de 10 até 20 salários mínimos (R\$ 7.881,00 até R\$ 15.760,00)	Mais de 20 salários mínimos (Mais de R\$ 15.761,00)
42	Qual é a renda familiar mensal de sua casa?	()	()	()	()	()	()	()

		1 - uma	2 – duas	3 – três	4 - quatro	5 – cinco	mais de 5
43	Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda familiar?	()	()	()	()	()	()
44	Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar?	()	()	()	()	()	()

[illegible]

FICHA DE QUALIDADE VIDA – PEDSQL 18 A 25
(Preenchimento Obrigatório)

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais **você** pode ter dificuldade. Por favor, conte-nos se **você tem tido dificuldade** com alguma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um “X”

- 0** se você **nunca** tem dificuldade com isso
1 se você **quase nunca** tem dificuldade com isso
2 se você **algumas vezes** tem dificuldade com isso
3 se você **muitas vezes** tem dificuldade com isso
4 se você **quase sempre** tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

*Durante o **ÚLTIMO MÊS**, você tem tido **dificuldade** com alguma das coisas abaixo?*

SOBRE MINHA SAÚDE E MINHAS ATIVIDADES (<i>dificuldade para...</i>)		0 Nunca	1 Quase nunca	2 Algumas vezes	3 Muitas vezes	4 Quase sempre
46	Para mim é difícil andar mais de um quarteirão.	()	()	()	()	()
47	Para mim é difícil correr.	()	()	()	()	()
48	Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios físicos.	()	()	()	()	()
49	Para mim é difícil levantar coisas pesadas.	()	()	()	()	()
50	Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a.	()	()	()	()	()
51	Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas.	()	()	()	()	()
52	Eu sinto dor.	()	()	()	()	()
53	Eu tenho pouca energia ou disposição.	()	()	()	()	()

COMO EU CONVIVO COM OUTRAS PESSOAS <i>(dificuldade para...)</i>		0 Nunca	1 Quase nunca	2 Algu- mas ve- zes	3 Mui- tas vezes	4 Quase sempre
54	Eu tenho dificuldade para conviver com outros jovens.	()	()	()	()	()
55	Os outros jovens não querem ser meus amigos.	()	()	()	()	()
56	Os outros jovens implicam comigo.	()	()	()	()	()
57	Eu não consigo fazer coisas que outros jovens da minha idade fazem.	()	()	()	()	()
58	Para mim é difícil acompanhar os jovens da minha idade.	()	()	()	()	()

SOBRE MEU TRABALHO/MEUS ETUDOS <i>(dificuldade para...)</i>		0 Nunca	1 Quase nunca	2 Algumas vezes	3 Muitas vezes	4 Quase sempre
59	É difícil prestar atenção no trabalho ou na aula.	()	()	()	()	()
60	Eu esqueço as coisas.	()	()	()	()	()
61	Eu tenho dificuldade para acompanhar o meu trabalho ou meus estudos.	()	()	()	()	()
62	Eu falto ao trabalho ou à aula por não estar me sentindo bem.	()	()	()	()	()
63	Eu falto ao trabalho ou à aula para ir ao médico ou ao hospital.	()	()	()	()	()

FICHA DE QUALIDADE VIDA – WHOQOL

(Preenchimento Obrigatório)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque um "x" no número que lhe parece melhor resposta.

		1 Muito ruim	2 Ruim	3 Razoável	4 Boa	5 Muito boa
64	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	()	()	()	()	()

		1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
65	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	()	()	()	()	()

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas duas semanas.

		1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou menos	4 Bastante	5 Extremamente
66	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	()	()	()	()	()
67	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	()	()	()	()	()
68	O quanto você aproveita a vida?	()	()	()	()	()
69	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	()	()	()	()	()
70	O quanto você consegue se concentrar?	()	()	()	()	()
71	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	()	()	()	()	()
72	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	()	()	()	()	()

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completa- mente
73	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
74	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	()	()	()	()	()
75	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	()	()	()	()	()
76	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
77	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	()	()	()	()	()

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		1 Muito ruim	2 Ruim	3 Nem ruim nem bom	4 Bom	5 Muito bom
78	Quão bem você é capaz de se locomover?	()	()	()	()	()
79	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	()	()	()	()	()
80	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
81	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	()	()	()	()	()
82	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	()	()	()	()	()
83	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	()	()	()	()	()
84	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	()	()	()	()	()
85	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	()	()	()	()	()
86	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	()	()	()	()	()

87	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	()	()	()	()	()
88	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	()	()	()	()	()

As questões seguintes referem-se a com que frequência você se sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas semanas.

		1 Nunca	2 Algumas vezes	3 Frequentemente	4 Muito frequentemente	5 Sempre
89	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	()	()	()	()	()

QUESTIONÁRIO ATIVIDADE FÍSICA

(Preenchimento Obrigatório)

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação! Para responder as questões lembre que: $\frac{3}{4}$ atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal $\frac{3}{4}$ atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

90	Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	Dias: _____ por semana	() Nenhum
-----------	---	------------------------	------------

91	Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	
-----------	---	--	--

92	Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade moderada (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)	Dias: _____ por semana	() Nenhum
-----------	--	------------------------	------------

93	Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	
-----------	--	--	--

94	Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.	Dias: _____ por semana	() Nenhum
95	Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

96	Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	
97	Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?	Horas: _____ Minutos: _____ (Média)	

QUESTIONÁRIO HABITOS ALIMENTARES

(Preenchimento Obrigatório)

Responda as perguntas seguintes de acordo com a sua alimentação na última semana. Caso não se lembre tome como base uma semana habitual.

Com que frequência você realizou cada uma das refeições abaixo:

		Nenhuma	De vez em quando	Até 2x na semana	Até 3x ou mais na semana	Todos os dias
98	Café da manhã	()	()	()	()	()
99	Lanche da manhã	()	()	()	()	()
100	Almoço	()	()	()	()	()
101	Lanche da tarde	()	()	()	()	()
102	Jantar	()	()	()	()	()
103	Lanche da noite	()	()	()	()	()

Onde você realizou na maioria das vezes as refeições?

		Casa	Escola	Casa de terceiros	Restaurante /lanchonete	Outros	Não faço
104	Café da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
105	Lanche da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
106	Almoço	()	()	()	()	() Quais?	()
107	Lanche da tarde	()	()	()	()	() Quais?	()
108	Jantar	()	()	()	()	() Quais?	()
109	Lanche da noite	()	()	()	()	() Quais?	()

		Trouxe o lanche de casa	Comprou	Nunca lancha	Outros
110	Na maioria das vezes que você lanchou você	()	()	()	() Quais?

Na última semana, com que frequência você consumiu cada um dos alimentos abaixo?

		Nenhuma	1 a 2 vezes	3 a 4 vezes	5 a 7 vezes
111	Carne de boi	()	()	()	()
112	Frango	()	()	()	()
113	Carne de porco	()	()	()	()
114	Peixe	()	()	()	()
115	Linguiça	()	()	()	()
116	Leite, queijo, iogurte ou bebida láctea	()	()	()	()
117	Ovos	()	()	()	()
118	Feijão	()	()	()	()
119	Outras leguminosas (soja, ervilha, por ex.)	()	()	()	()
120	Frutas	()	()	()	()
121	Suco natural de frutas	()	()	()	()
122	Hortaliças/Folhosos (alface, couve, rúcula por ex.)	()	()	()	()
123	Hambúrguer	()	()	()	()
124	Batata Frita	()	()	()	()
125	Batata (outros preparos-cozida ou purê, por ex.)	()	()	()	()
126	Margarina/ Manteiga	()	()	()	()
127	Pão de sal	()	()	()	()
128	Bolo	()	()	()	()
129	Biscoito recheado	()	()	()	()
130	Biscoito salgado	()	()	()	()
131	Salgados assados	()	()	()	()
132	Salgados fritos	()	()	()	()
133	Macarrão	()	()	()	()
134	Pizza	()	()	()	()
135	Outras massas	()	()	()	()
136	Açúcar (cristal, refinado ou mascavo)	()	()	()	()
137	Chocolate (tablete)	()	()	()	()
138	Bombom	()	()	()	()
139	Balas/goma de mascar	()	()	()	()
140	Gelatinas / Pudins /cremes	()	()	()	()
141	Sorvetes	()	()	()	()
142	Outros doces	()	()	()	()
143	Sucos industrializados	()	()	()	()
144	Refrigerantes	()	()	()	()

		Em excesso	Muito	Normal	Pouco	Muito pouco
145	Você acha que você come	()	()	()	()	()

	Manha	Tarde	Noite	Madrugada
--	-------	-------	-------	-----------

146	Qual período do dia que você ingere uma maior quantidade de alimentos?	()	()	()	()
-----	--	-----	-----	-----	-----

		Não	Sim
147	Você possui alergia a algum alimento?	()	() Quais?
148	Você já fez algum tipo de dieta alimentar?	()	()

Se você já fez dieta responda as perguntas abaixo

		Saúde	Estética	Por influência de terceiros
149	Qual motivo te levou a fazer a dieta?	()	()	()

		Profissional	Mídia	Amigos/Famili-ares	Outros
150	Por qual meio de informação você procurou para começar a dieta?	()	()	()	() Quais?

(Preenchimento Obrigatório)

151	Data do último exame médico:	___/___/___	() Completo	() Incompleto
152	Data do último teste de condicionamento:	___/___/___	() Completo	() Incompleto

Em relação à medicação, com que frequência toma:

		Nunca	1 a 2 vezes por semana	Regulamente	Diariamente
153	Medicamentos para as dores	()	()	()	()
154	Medicamentos para dormir	()	()	()	()
155	Medicamentos para a depressão	()	()	()	()
156	Medicamentos para a ansiedade	()	()	()	()
157	Medicamentos para psicose	()	()	()	()
158	Medicamentos para a alergia	()	()	()	()
159	Medicamentos para a asma	()	()	()	()
160	Medicamentos para o coração	()	()	()	()
161	Medicamentos para a diabetes	()	()	()	()
162	Medicamentos naturais e de ervanários (ex. homeopatia)	()	()	()	()
163	Outros medicamentos	()	()	()	()
	Se usa outros medicamentos, especifique:				

Indique apenas aquele(s) que tenham falecido de ataque cardíaco antes dos 50 anos

		Sim	Outra doença	Não sei informar
164	Pai	()	()	()
165	Mãe	()	()	()
166	Irmão	()	()	()
167	Irmã	()	()	()
168	Avô / Avó	()	()	()

Indique as operações que você tenha feito:

		Sim	Não	Não sei informar
169	Coluna	()	()	()

170	Coração	()	()	()
171	Articulações	()	()	()
172	Hérnia	()	()	()
173	Rim	()	()	()
174	Pescoço	()	()	()
175	Pulmão	()	()	()
176	Olhos	()	()	()
177	Outras	()	()	()
	Se outras, especifique:	<hr/>		

Indique o(s) problema(s) abaixo para o(s) qual(is) você tenha sido diagnosticado ou tratado por um médico ou profissional da saúde:

		Sim	Não	Antes sim, atualmente não	Não sei informar
178	Alcoolismo	()	()	()	()
179	Problema renal	()	()	()	()
180	Enfisema	()	()	()	()
181	Anemia	()	()	()	()
182	Dor no pescoço	()	()	()	()
183	Dor nas costas	()	()	()	()
184	Visão	()	()	()	()
185	Flebite	()	()	()	()
186	Artrite reumatóide	()	()	()	()
187	Cardiopatía	()	()	()	()
188	Câncer	()	()	()	()
189	Tireóide	()	()	()	()
190	Hipoglicemia	()	()	()	()
191	Concussão	()	()	()	()
192	Defeito Congênito	()	()	()	()
193	Sangramento	()	()	()	()
194	Diabete	()	()	()	()
195	Anemia falciforme	()	()	()	()
196	Doença Mental	()	()	()	()
197	Epilepsia	()	()	()	()
198	Asma	()	()	()	()
199	Obesidade	()	()	()	()
200	Gota	()	()	()	()
201	Audição	()	()	()	()
202	Bronquite	()	()	()	()
203	AVC	()	()	()	()
204	Hipertensão	()	()	()	()
205	Cirrose	()	()	()	()
206	Úlcera	()	()	()	()
207	Hiperlipidemia	()	()	()	()
208	Outras	()	()	()	()
	Se outras, especifique:	<hr/>			

Indique qualquer medicamento tomado nos últimos 6 meses:

		Sim	Não	Não sei informar
209	Anticoagulante	()	()	()
210	Para Epilepsia	()	()	()
211	Nitroglicemia	()	()	()
212	Para Diabete	()	()	()
213	Para Coração	()	()	()
214	Para Estômago	()	()	()
215	Para Pressão	()	()	()
216	Diurético	()	()	()
217	Outros	()	()	()
	Se outros, especifique:	<div></div>		

QUESTIONÁRIO ODONTOLÓGICO

(Preenchimento Obrigatório)

218	Data do último atendimento odontológico:	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		() Completo		() Incompleto		
219	Se nunca foi ao dentista, qual o motivo?	() Não acho necessário	() Medo	() Falta de oportunidade	() Falta de tempo			
220	Alguém em sua família tem cárie dental?	() Pai	() Mãe	() Irmãos	() Ninguém			
221	Tem gânglios doloridos em alguma região do corpo?	() Sim			() Não			
222	Sangra muito quando se fere ou extrai dente?	() Sim			() Não			
223	Tem dores na região da nuca?	() Sim			() Não			
224	Tem zumbido nos ouvidos?	() Sim			() Não			
225	Consegue abrir a boca normalmente?	() Sim			() Não			
226	Sua mandíbula estala quando abre a boca?	() Sim			() Não			
227	Sua mandíbula estala quando mastiga?	() Sim			() Não			
228	Já tomou anestesia para tratar ou extrair dente?	() Sim			() Não			
229	Teve reação à anestesia?	() Sim			() Não			
230	Tem / teve alguma dor de dente por causa do calor, frio ou doce?	() Sim			() Não			
231	Sente retenção de alimento entre os dentes?	() Sim			() Não			
232	Mastiga só de um lado da boca?	() Sim			() Não			
233	Se mastiga só de um lado, qual lado?	() Direito			() Esquerdo			
234	Sente dor perto do ouvido?	() Não sinto	() Dos dois lados		() Apenas lado direito	() Apenas lado esquerdo		
235	Toma refrigerante com que frequência na semana?	() Nenhum dia	() 1 a 3 dias		() 4 a 6 dias	() Todos os dias		
236	Sente sua gengiva inchada ou sangrando?	() Nunca		() Às vezes		() Sempre		
237	Você faz uso de próteses totais ou removíveis (dentadura)?	() Sim				() Não		
238	Já perdeu algum dente?	() Nenhum	() 1 a 6 dentes	() 7 a 12 dentes	() 13 a 20 dentes	() 21 a 26 dentes	() 27 a 32 dentes	() Todos

239	Se já perdeu algum dente, em qual lado perdeu a maioria?	() Direito		() Esquerdo	
		() Superior		() Inferior	
240	Já precisou de algum tipo de cirurgia na região de cabeça e pescoço?	() Sim		() Não	
241	Usa aparelho fixo ou móvel?	() Sim		() Não	
242	Já usou aparelho fixo?	() Sim		() Não	
243	Usa implantes?	() Sim		() Não	
244	Já fez canal?	() Sim		() Não	
245	Você já teve alguma experiência negativa em tratamentos odontológicos?	() Sim		() Não	
246	Se já teve alguma experiência negativa, qual?	() Deixou de ser examinado	() Sofreu algum tipo de lesão por falha do profissional	() Passou por algum procedimento incorreto	
247	Você ingere alimentos ou bebidas entre as refeições?	() Sim		()	
248	Você rói unhas?	() Sim		() Não	
249	Você respira pela boca?	() Sim		() Não	
250	Você toma chimarrão?	() Sim		() Não	
251	Você chupa ou já chupou bico/dedo?	() Sim		() Não	
252	Você morde caneta / lápis?	() Sim		() Não	
253	Você range os dentes durante o dia ou enquanto dorme?	() Sim		() Não	
254	Você possui o hábito de apertar a boca?	() Sim		() Não	
255	Você utiliza fio / fita dental diariamente?	() Sim		() Não	
256	Você utiliza fio dental quantas vezes por dia?	() 1 vez	() 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() Às vezes
257	Você escova os dentes diariamente?	() Sim		() Não	
258	Você costuma usar que tipo de escova dental?	() Macia	() Média	() Grossa	
259	Você escova os dentes quantas vezes por dia?	() 1 vez	() 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() Às vezes
260	Você utiliza escova interdental?	() Sim		() Não	

261	Você utiliza palito de dente?	() Sim			() Não		
262	Você utiliza creme dental?	() Sim			() Não		
263	Você utiliza o flúor em forma de gel?	() Sim			() Não		
264	Você utiliza o flúor em forma de creme dental?	() Sim			() Não		
265	Você utiliza o flúor em forma de bochecho?	() Sim			() Não		
266	Você utiliza o flúor em forma de água fluoretada (água tratada)?	() Sim			() Não		
267	Onde você adquiriu conhecimentos sobre bons hábitos bucais?	() Em casa	() Escola	() Consultório	() Mídia	() Outros	() Não adquiri

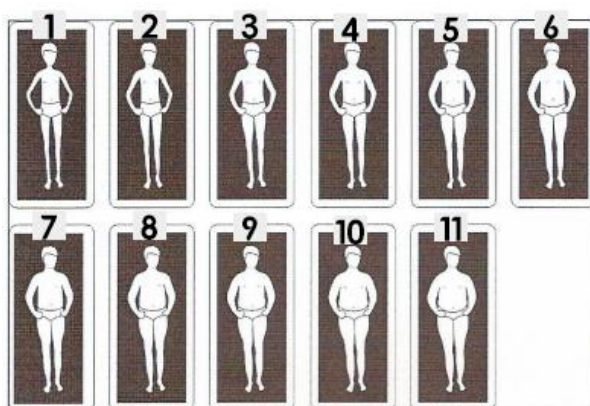
QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO CORPORAL

(Preenchimento Obrigatório)

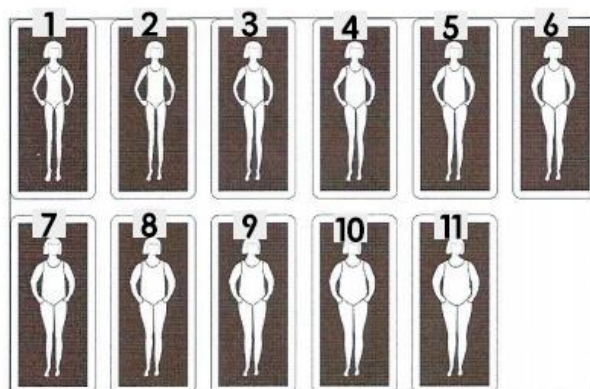
		Sim	Não
268	Você está satisfeito(a) com seu corpo?	()	()
269	Você gostaria de ser mais magro?	()	()
270	Você gostaria de ser mais gordo?	()	()

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
271	Marque conforme a figura abaixo como você se vê no espelho	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
272	Marque conforme a figura abaixo como você gostaria que seu corpo fosse	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Para meninos:



Para meninas:



FICHA DE **AVALIAÇÃO DE STRESS**
(Preenchimento Obrigatório)

A última semana você sentiu:

		Sim	Não
273	Tensão muscular, como por exemplo aperto de mandíbula, dor na nuca, por exemplo;	()	()
274	Hiperacidez estomacal (azia) sem causa aparente;	()	()
275	Esquecimento de coisas corriqueiras, como esquecer o número de um telefone que usa com frequência, onde colocou a chave, por exemplo;	()	()
276	Irritabilidade excessiva;	()	()
277	Vontade de sumir de tudo;	()	()
278	Sensação de incompetência, de que não vai conseguir lidar com o que está ocorrendo;	()	()
279	Pensar em um só assunto ou repetir o mesmo assunto;	()	()
280	Ansiedade;	()	()
281	Distúrbio do sono, ou dormir demais ou de menos;	()	()
282	Cansaço ao levantar;	()	()
283	Trabalhar com um nível de competência abaixo do seu normal;	()	()
284	Sentir que nada mais vale a pena;	()	()

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO

(Preenchimento Obrigatório)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque um “x” próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um “x” em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

285	() Não me sinto triste	() Eu me sinto triste	() Estou sempre triste e não consigo sair disto	() Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
286	() Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro	() Eu me sinto desanimado quanto ao futuro	() Acho que nada tenho a esperar	() Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
287	() Não me sinto um fracasso	() Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum	() Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos	() Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
288	() Tenho tanto prazer em tudo como antes	() Não sinto mais prazer nas coisas como antes	() Não encontro um prazer real em mais nada	() Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
289	() Não me sinto especialmente culpado	() Eu me sinto culpado grande parte do tempo	() Eu me sinto culpado na maior parte do tempo	() Eu me sinto sempre culpado
290	() Não acho que esteja sendo punido	() Acho que posso ser punido	() Creio que vou ser punido	() Acho que estou sendo punido
291	() Não me sinto decepcionado comigo mesmo	() Estou decepcionado comigo mesmo	() Estou enojado de mim	() Eu me odeio
292	() Não me sinto de qualquer modo pior que os outros	() Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros	() Eu me culpo sempre por minhas falhas	() Eu me culpo por tudo de mal que acontece
293	() Não tenho quaisquer idéias de me matar	() Tenho idéias de me matar, mas não as executaria	() Gostaria de me matar	() Eu me mataria se tivesse oportunidade

294	() Não choro mais que o habitual	() Choro mais agora do que costumava	() Agora, choro o tempo todo	() Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera
295	() Não sou mais irritado agora do que já fui	() Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava	() Agora, eu me sinto irritado o tempo todo	() Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar
296	() Não perdi o interesse pelas outras pessoas	() Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar	() Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas	() Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
297	() Tomo decisões tão bem quanto antes	() Adio as tomadas de decisões mais do que costumava	() Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes	() Absolutamente não consigo mais tomar decisões
298	() Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes	() Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo	() Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo	() Acredito que pareço feio
299	() Posso trabalhar tão bem quanto antes	() É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa	() Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa	() Não consigo mais fazer qualquer trabalho
300	() Consigo dormir tão bem como o habitual	() Não durmo tão bem como costumava	() Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir	() Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
301	() Não fico mais cansado do que o habitual	() Fico cansado mais facilmente do que costumava	() Fico cansado em fazer qualquer coisa	() Estou cansado demais para fazer qualquer coisa
302	() O meu apetite não está pior do que o habitual	() Meu apetite não é tão bom como costumava ser	() Meu apetite é muito pior agora	() Absolutamente não tenho mais apetite

303	() Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente	() Perdi mais do que 2 quilos e meio	() Perdi mais do que 5 quilos	() Perdi mais do que 7 quilos
304	() Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.		() Não estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.	
305	() Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual	() Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação	() Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa	() Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
306	() Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo	() Estou menos interessado por sexo do que costumava	() Estou muito menos interessado por sexo agora	() Perdi completamente o interesse por sexo

QUESTIONÁRIO ANSIEDADE
(Preenchimento Obrigatório)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

		Absoluta- mente não	Levemente Não me in- comodou muito	Moderada- mente Foi muito desa- gradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode supor- tar
307	Dormência ou formigamento	()	()	()	()
308	Sensação de calor	()	()	()	()
309	Tremores nas pernas	()	()	()	()
310	Incapaz de relaxar	()	()	()	()
311	Medo que aconteça o pior	()	()	()	()
312	Atordoado ou tonto	()	()	()	()
313	Palpitação ou aceleração do coração	()	()	()	()
314	Sem equilíbrio	()	()	()	()
315	Aterrorizado	()	()	()	()
316	Nervoso	()	()	()	()
317	Sensação de sufocação	()	()	()	()
318	Tremores nas mãos	()	()	()	()
319	Trêmulo	()	()	()	()
320	Medo de perder o controle	()	()	()	()
321	Dificuldade de respirar	()	()	()	()
322	Medo de morrer	()	()	()	()
323	Assustado	()	()	()	()
324	Indigestão ou desconforto no abdômen	()	()	()	()
325	Sensação de desmaio	()	()	()	()
326	Rosto afogueado	()	()	()	()
327	Suor (não devido ao calor)	()	()	()	()

QUESTIONÁRIO DE ETILISMO - ABUEL

(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
328	Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?	()	()
SE NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 344			

		Sim	Não
329	Atualmente bebe bebidas alcoólicas? (Como a cerveja, vinho, vodka, etc., ex.)	()	()
SE NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 344			

		1 vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais por semana
330	Com que frequência bebe bebidas alcoólicas?	()	()	()	()

		1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7, 8 ou 9	10 ou mais
331	Nos dias em que bebe, quantas bebidas alcoólicas bebe, em média?	()	()	()	()	()

		Nunca	Menos de 1 vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase diariamente
332	Quantas vezes bebe seis ou mais bebidas em seguida/numa única ocasião?	()	()	()	()	()

		Menos de 6 meses	6 ou mais meses
333	Se deixou de beber bebidas alcoólicas foi a quanto tempo?	()	()

Se você consome bebidas alcoólicas responda as questões.

		Sim	Não
334	Você se considera uma pessoa que bebe de modo normal?	()	()
335	Seus amigos ou parentes acham que você bebe de modo normal?	()	()
336	Você já foi a algum encontro dos Alcoólicos Anônimos (AA)?	()	()
337	Você já perdeu amigos/amigas ou namorado/namorada por causa da bebida?	()	()
338	Você já teve problemas no trabalho/emprego por causa da bebida?	()	()
339	Você já abandonou suas obrigações, sua família ou seu trabalho por 2 ou mais dias em seguida por causa da bebida?	()	()

340	Você já teve tremores, ouviu vozes, viu coisas que não estavam lá depois de beber muito?	()	()
341	Você já procurou algum tipo de ajuda por causa da bebida?	()	()
342	Você já foi hospitalizado por causa da bebida?	()	()
343	Você já esteve preso ou foi multado por dirigir embriagado?	()	()

QUESTIONÁRIO ANABOLIZANTES

(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
344	Alguma vez fez uso de Esteróide Anabolizante?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 373			
345	Faz uso atualmente?	()	()

Qual Esteróide você usou ou usa?

		Sim	Não
346	Winstrol®	()	()
347	Dianabol®	()	()
348	Deca - Durabolin®	()	()
349	Oxandrin®	()	()
350	Depo - testosterone®	()	()
351	Equipoise®	()	()
352	Durateston®	()	()
	Outros, especifique:		

		Menos de um mês	De um mês a seis meses	De seis meses a um ano	Mais de um ano
353	Há quanto tempo usa ou usou esteróides anabolizantes?	()	()	()	()

		Melhorar o desempenho nos esportes	Aumentar a massa muscular	Reduzir gordura do corpo	Estética
354	Qual a finalidade do uso?	()	()	()	()
354.1	Outros, especifique:				

		Sim	Não
355	Faz uso de outros medicamentos ou suplementos em associação com os esteroides anabolizantes?	()	()

Se já fez uso de outros medicamentos ou suplementos em associação com os esteroides anabolizantes, quais?

		Sim	Não
356	Efedrina	()	()
357	Insulina	()	()
358	Hepatoprotetor (protetor do fígado)	()	()
359	Clembuterol	()	()
360	Diuréticos	()	()
361	Tamoxifeno	()	()
362	GH (hormônio do crescimento)	()	()
	Outros, especifique:		

		Sim	Não
363	Durante o uso, já evidenciou algum sintoma colateral?	()	()

Se durante o uso já evidenciou algum sintoma colateral?

		Sim	Não
364	Pressão alta	()	()
365	Náuseas e vômitos	()	()
366	Aparecimento de "espinhas"	()	()
367	Diminuição da libido	()	()
368	Depressão	()	()
369	Dependência	()	()
370	Aumento da libido	()	()
371	Alteração no humor	()	()
372	Atrofia dos testículos	()	()
	Outros, especifique:		

FICHA DE **TABAGISMO**
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
373	Alguma vez fumou?	()	()
SE NÃO, PASSE PARA PERGUNTA 383			

O que você fuma ou já fumou?

		Sim	Não
374	Cigarro	()	()
375	Cachimbo	()	()
376	Charuto	()	()
377	Narguilé	()	()

		Sim	Não
378	Fuma atualmente?	()	()
SE SIM, PASSE PARA PERGUNTA 380			

		Menos de 6 meses	6 ou mais meses
379	Se deixou de fumar foi a quanto tempo?	()	()

Só responda essas perguntas se você fuma atualmente.

		1 vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
380	Com que frequência fuma?	()	()	()	()

		1 -2	3 – 5	6 – 9	10 - 20	Mais de 20
381	Nos dias em que fuma, qual a quantidade de cigarros que fuma, em média?	()	()	()	()	()

		Nunca	Menos de 1 vez por mês	Mensal-mente	Semanal-mente	Diariamente ou quase diariamente
382	Com que frequência fuma mais de 10 cigarros seguidos/numa única ocasião?	()	()	()	()	()

FICHA DE DROGAS ILÍCITAS
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
383	Alguma vez fez uso de drogas ilícitas?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 410			
384	Faz uso atualmente?	()	()

Qual dessas drogas você usa ou já usou?

		Sim	Não
385	Maconha	()	()
386	Cocaína	()	()
387	Crack	()	()
388	Ecstasy	()	()
389	LSD	()	()
390	Inalantes	()	()
391	Heróina	()	()
392	Barbitúricos	()	()
393	Morfina	()	()
394	Skank	()	()
395	Chá de cogumelo	()	()
396	Anfetaminas	()	()
397	Clorofórmio	()	()
398	Ópio	()	()
	Se usa ou já usou outras drogas, especifique:		

		Menos de um mês	De um mês a seis meses	De seis meses a um ano	Mais de um ano
399	Há quanto tempo usa ou usou drogas ilícitas?	()	()	()	()

		Sim	Não
400	Durante o uso, já evidenciou algum sintoma colateral?	()	()

Já sentiu algum desse sintoma colateral?

		Sim	Não
401	Pressão alta	()	()
402	Náuseas e vômitos	()	()
403	Aparecimento de "espinhas"	()	()
404	Diminuição da libido	()	()
405	Depressão	()	()
406	Dependência	()	()
407	Aumento da libido	()	()
408	Alteração no humor	()	()
409	Atrofia dos testículos	()	()
409.1	Se outros, especifique:		

FICHA DE ANTROPOMETRIA

(Preenchimento Obrigatório)

Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que o(a) Sr(a) fique descalço(a). Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostada na parede. Olhe bem para frente.

410	Altura referida	_____cm
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

411	Medida da altura dos Joelhos	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

412	Circunferência do braço	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

413	Cintura	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm
	() Não consegue para de pé	

412	Circunferência do braço	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

412	Dobra Tricipital	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

413	Peso referido	_____Kg
	Medida 1	_____Kg

414	Circunferência da Panturrilha	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

		Sim	Não
415	O(a) Sr.(a) teve alguma cirurgia no braço ou na mão que usa regularmente, nos últimos três meses?	()	()

Agora vou usar um instrumento que se chama **DINAMÔMETRO** para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o(a) Sr(a) **NÃO** sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses. Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho? Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o(a) Sr(a) está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo. **ANOTE A MÃO USADA NO TESTE**

416	Mão usada no teste	1	2
		Esquerda ()	Direita ()

		Tentou, mas não conseguiu	Não tentou, por achar arriscado	Entrevistado incapacitado	Recusou-se a tentar	Tentou, mas não conseguiu	Completoou o teste
416	Primeira vez	()	()	()	()	()	()
							_____Kg

		Tentou, mas não conseguiu	Não tentou, por achar arriscado	Entrevistado incapacitado	Recusou-se a tentar	Tentou, mas não conseguiu	Completoou o teste
417	Segunda vez	()	()	()	()	()	() _____Kg