

QUESTIONÁRIO DE 60 ANOS OU MAIS

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 sanguíneo:	() 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 informar
34	Pai	()	()	()	()	()	()
35	Mãe	()	()	()	()	()	()
36	Eu	()	()	()	()	()	()

37	Quantas gestações: (Exclusivo para mulheres)	() 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 filhos: (Exclusivo para mulheres)	() 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), especifique:							
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?	()	()	()	()	()	()

		Não possui atividade remunerada mensal	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)
45	Qual é a sua contribuição na renda familiar mensal de sua casa?	()	()	()	()	()	()	()	()

FICHA DE QUALIDADE VIDA – WHOQOL

(Preenchimento Obrigatório)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece melhor resposta.

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

		1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
47	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
48	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	()	()	()	()	()
49	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	()	()	()	()	()
50	O quanto você aproveita a vida?	()	()	()	()	()
51	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	()	()	()	()	()
52	O quanto você consegue se concentrar?	()	()	()	()	()
53	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	()	()	()	()	()
54	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
55	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
56	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	()	()	()	()	()
57	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	()	()	()	()	()
58	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
59	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
60	Quão bem você é capaz de se locomover?	()	()	()	()	()
61	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	()	()	()	()	()
62	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
63	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	()	()	()	()	()
64	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	()	()	()	()	()
65	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	()	()	()	()	()
66	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	()	()	()	()	()
67	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	()	()	()	()	()
68	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	()	()	()	()	()

69	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	()	()	()	()	()
70	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
71	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	()	()	()	()	()

FICHA DE QUALIDADE DE VIDA – IDOSO WHOQOL OLD

(Preenchimento Obrigatório)

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece melhor resposta.

		1 Muito ruim	2 Ruim	3 Razoável	4 Boa	5 Muito boa
72	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	()	()	()	()	()
		1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
73	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
74	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	()	()	()	()	()
75	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	()	()	()	()	()
76	O quanto você aproveita a vida?	()	()	()	()	()
77	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	()	()	()	()	()
78	O quanto você consegue se concentrar?	()	()	()	()	()
79	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	()	()	()	()	()
80	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 Completamente
81	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
82	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	()	()	()	()	()

83	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	()	()	()	()	()
84	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
85	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
86	Quão bem você é capaz de se locomover?	()	()	()	()	()
87	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	()	()	()	()	()
88	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	()	()	()	()	()
89	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	()	()	()	()	()
90	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	()	()	()	()	()
91	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	()	()	()	()	()
92	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	()	()	()	()	()
93	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	()	()	()	()	()
94	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	()	()	()	()	()
95	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	()	()	()	()	()
96	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
97	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	()	()	()	()	()

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
98	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	()	()	()	()	()
99	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	()	()	()	()	()
100	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	()	()	()	()	()
101	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	()	()	()	()	()
102	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	()	()	()	()	()
103	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	()	()	()	()	()
104	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	()	()	()	()	()
105	O quanto você tem medo de morrer?	()	()	()	()	()
106	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	()	()	()	()	()

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

		1 Nada	2 Muito pouco	3 Médio	4 Muito	5 Completa- mente
107	Até que ponto o funciona- mento dos seus sentidos (por exemplo, audição, vi- são, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pes- soas?	()	()	()	()	()
108	Até que ponto você conse- gue fazer as coisas que gos- taria de fazer?	()	()	()	()	()
109	Até que ponto você está sa- tisfeito com as suas oportu- nidades para continuar al- cançando outras realiza- ções na sua vida?	()	()	()	()	()
110	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	()	()	()	()	()
111	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	()	()	()	()	()

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

		1 Muito insatis- feito	2 Insatisfeito	3 Nem satis- feito nem in- satisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satis- feito
112	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	()	()	()	()	()
113	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	()	()	()	()	()
114	Quão satisfeito você está com o seu nível de ativi- dade?	()	()	()	()	()
115	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	()	()	()	()	()
116	Quão feliz você está com as coisas que você pode espe- rar daqui para frente?	()	()	()	()	()
117	Como você avaliaria o funci- onamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, vi- são, paladar, olfato, tato)?	()	()	()	()	()

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

		1 Nada	2 Muito pouco	3 Mais ou me- nos	4 Bastante	5 Extremamente
118	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	()	()	()	()	()
119	Até que ponto você sente amor em sua vida?	()	()	()	()	()
120	Até que ponto você tem oportunidades para amar?	()	()	()	()	()
121	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	()	()	()	()	()

QUESTIONARIO ATIVIDADE FÍSICA - IPAQ

(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.

122	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
-----	--	------------------------	--------------

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

124	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
-----	--	------------------------	--------------

125	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)	
126	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
127	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 sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

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

QUESTIONARIO HABITOS ALIMENTARES - IPAQ

(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
130	Café da manhã	()	()	()	()	()
131	Lanche da manhã	()	()	()	()	()
132	Almoço	()	()	()	()	()
133	Lanche da tarde	()	()	()	()	()
134	Jantar	()	()	()	()	()
135	Lanche da noite	()	()	()	()	()

Onde você realizou na maioria das vezes as refeições?

		Casa	Escola	Casa de terceiros	Restaurante /lanchonete	Outros	Não faço
136	Café da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
137	Lanche da manhã	()	()	()	()	() Quais?	()
138	Almoço	()	()	()	()	() Quais?	()
139	Lanche da tarde	()	()	()	()	() Quais?	()
140	Jantar	()	()	()	()	() Quais?	()
141	Lanche da noite	()	()	()	()	() Quais?	()

		Trouxe o lanche de casa	Comprou	Nunca lancha	Outros
142	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
143	Carne de boi	()	()	()	()
144	Frango	()	()	()	()
145	Carne de porco	()	()	()	()
146	Peixe	()	()	()	()
147	Linguiça	()	()	()	()
148	Leite, queijo, iogurte ou bebida láctea	()	()	()	()
149	Ovos	()	()	()	()
150	Feijão	()	()	()	()
151	Outras leguminosas (soja, ervilha, por ex.)	()	()	()	()
152	Frutas	()	()	()	()
153	Suco natural de frutas	()	()	()	()
154	Hortaliças/Folhosos (alface, couve, rúcula por ex.)	()	()	()	()
155	Hambúrguer	()	()	()	()
156	Batata Frita	()	()	()	()
157	Batata (outros preparos- cozida ou purê, por ex.)	()	()	()	()
158	Margarina/ Manteiga	()	()	()	()
159	Pão de sal	()	()	()	()
160	Bolo	()	()	()	()
161	Biscoito recheado	()	()	()	()
162	Biscoito salgado	()	()	()	()
163	Salgados assados	()	()	()	()
164	Salgados fritos	()	()	()	()
165	Macarrão	()	()	()	()
166	Pizza	()	()	()	()
167	Outras massas	()	()	()	()
168	Açúcar (cristal, refinado ou mascavo)	()	()	()	()
169	Chocolate (tablete)	()	()	()	()
170	Bombom	()	()	()	()
171	Balas/goma de mascar	()	()	()	()
172	Gelatinas / Pudins /cremes	()	()	()	()
173	Sorvetes	()	()	()	()
174	Outros doces	()	()	()	()
175	Sucos industrializados	()	()	()	()
176	Refrigerantes	()	()	()	()

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

		Manha	Tarde	Noite	Madrugada
178	Qual período do dia que você ingere uma maior quantidade de alimentos?	()	()	()	()

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

Se você já fez dieta responda as perguntas abaixo

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

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

FICHA DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES – CRITÉRIOS ABCDE

(Preenchimento Obrigatório)

183	Data do último exame médico:	___/___/___	() Completo	() Incompleto
184	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
185	Medicamentos para as dores	()	()	()	()
186	Medicamentos para dormir	()	()	()	()
187	Medicamentos para a depressão	()	()	()	()
188	Medicamentos para a ansiedade	()	()	()	()
189	Medicamentos para psicose	()	()	()	()
190	Medicamentos para a alergia	()	()	()	()
191	Medicamentos para a asma	()	()	()	()
192	Medicamentos para o coração	()	()	()	()
193	Medicamentos para a diabetes	()	()	()	()
194	Medicamentos naturais e de ervanários (ex. homeopatia)	()	()	()	()
195	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
196	Pai	()	()	()
197	Mãe	()	()	()
198	Irmão	()	()	()
199	Irmã	()	()	()
200	Avô / Avó	()	()	()

Indique as operações que você tenha feito:

		Sim	Não	Não sei informar
201	Coluna	()	()	()
202	Coração	()	()	()
203	Articulações	()	()	()
204	Hérnia	()	()	()
205	Rim	()	()	()
206	Pescoço	()	()	()
207	Pulmão	()	()	()
208	Olhos	()	()	()
209	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
210	Alcoolismo	()	()	()	()
211	Problema renal	()	()	()	()
212	Enfisema	()	()	()	()
213	Anemia	()	()	()	()
214	Dor no pescoço	()	()	()	()
215	Dor nas costas	()	()	()	()
216	Visão	()	()	()	()
217	Flebite	()	()	()	()
218	Artrite reumatóide	()	()	()	()
219	Cardiopatía	()	()	()	()
220	Câncer	()	()	()	()
221	Tireóide	()	()	()	()
222	Hipoglicemia	()	()	()	()
223	Concussão	()	()	()	()
224	Defeito Congênito	()	()	()	()
225	Sangramento	()	()	()	()
226	Diabete	()	()	()	()
227	Anemia falciforme	()	()	()	()
228	Doença Mental	()	()	()	()
229	Epilepsia	()	()	()	()
230	Asma	()	()	()	()
231	Obesidade	()	()	()	()
232	Gota	()	()	()	()
233	Audição	()	()	()	()
234	Bronquite	()	()	()	()
235	AVC	()	()	()	()
236	Hipertensão	()	()	()	()
237	Cirrose	()	()	()	()
238	Úlcera	()	()	()	()
239	Hiperlipidemia	()	()	()	()
240	Outras	()	()	()	()

	Se outras, especifique:	<hr/>
--	-------------------------	-------

Indique qualquer medicamento tomado nos últimos 6 meses:

		Sim	Não	Não sei informar
241	Anticoagulante	()	()	()
242	Para Epilepsia	()	()	()
243	Nitroglicemia	()	()	()
244	Para Diabetes	()	()	()
245	Para Coração	()	()	()
246	Para Estômago	()	()	()
247	Para Pressão	()	()	()
248	Diurético	()	()	()
249	Outros	()	()	()
	Se outros, especifique:	<hr/>		

QUESTIONÁRIO ODONTOLÓGICO - ADAPTADO ODIP

(Preenchimento Obrigatório)

250	Data do último atendimento odontológico:	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			() Completo		() Incompleto	
251	Se nunca foi ao dentista, qual o motivo?	() Não acho necessário		() Medo		() Falta de oportunidade		() Falta de tempo
252	Alguém em sua família tem cárie dental?	() Pai		() Mãe		() Irmãos		() Ninguém
253	Tem gânglios doloridos em alguma região do corpo?	() Sim				() Não		
254	Sangra muito quando se fere ou extrai dente?	() Sim				() Não		
255	Tem dores na região da nuca?	() Sim				() Não		
256	Tem zumbido nos ouvidos?	() Sim				() Não		
257	Consegue abrir a boca normalmente?	() Sim				() Não		
258	Sua mandíbula estala quando abre a boca?	() Sim				() Não		
259	Sua mandíbula estala quando mastiga?	() Sim				() Não		
260	Já tomou anestesia para tratar ou extrair dente?	() Sim				() Não		
261	Teve reação à anestesia?	() Sim				() Não		
262	Tem / teve alguma dor de dente por causa do calor, frio ou doce?	() Sim				() Não		
263	Sente retenção de alimento entre os dentes?	() Sim				() Não		
264	Mastiga só de um lado da boca?	() Sim				() Não		
265	Se mastiga só de um lado, qual lado?	() Direito				() Esquerdo		
266	Sente dor perto do ouvido?	() Não sinto		() Dos dois lados		() Apenas lado direito		() Apenas lado esquerdo
267	Toma refrigerante com que frequência na semana?	() Nenhum dia		() 1 a 3 dias		() 4 a 6 dias		() Todos os dias
268	Sente sua gengiva inchada ou sangrando?	() Nunca			() Às vezes			() Sempre
269	Você faz uso de próteses totais ou removíveis (dentadura)?	() Sim					() Não	
270	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

271	Se já perdeu algum dente, em qual lado perdeu a maioria?	() Direito		() Esquerdo	
		() Superior		() Inferior	
272	Já precisou de algum tipo de cirurgia na região de cabeça e pescoço?	() Sim		() Não	
273	Usa aparelho fixo ou móvel?	() Sim		() Não	
274	Já usou aparelho fixo?	() Sim		() Não	
275	Usa implantes?	() Sim		() Não	
276	Já fez canal?	() Sim		() Não	
277	Você já teve alguma experiência negativa em tratamentos odontológicos?	() Sim		() Não	
278	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	
279	Você ingere alimentos ou bebidas entre as refeições?	() Sim		()	
280	Você rói unhas?	() Sim		() Não	
281	Você respira pela boca?	() Sim		() Não	
282	Você toma chimarrão?	() Sim		() Não	
283	Você chupa ou já chupou bico/dedo?	() Sim		() Não	
284	Você morde caneta / lápis?	() Sim		() Não	
285	Você range os dentes durante o dia ou enquanto dorme?	() Sim		() Não	
286	Você possui o hábito de apertar a boca?	() Sim		() Não	
287	Você utiliza fio / fita dental diariamente?	() Sim		() Não	
288	Você utiliza fio dental quantas vezes por dia?	() 1 vez	() 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() Às vezes
289	Você escova os dentes diariamente?	() Sim		() Não	
290	Você costuma usar que tipo de escova dental?	() Macia	() Média	() Grossa	
291	Você escova os dentes quantas vezes por dia?	() 1 vez	() 2 vezes	() 3 a 4 vezes	() Às vezes
292	Você utiliza escova interdental?	() Sim		() Não	

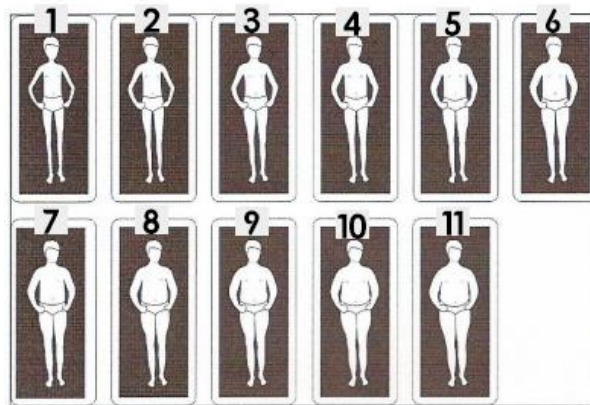
293	Você utiliza palito de dente?	() Sim			() Não		
294	Você utiliza creme dental?	() Sim			() Não		
295	Você utiliza o flúor em forma de gel?	() Sim			() Não		
296	Você utiliza o flúor em forma de creme dental?	() Sim			() Não		
297	Você utiliza o flúor em forma de bochecho?	() Sim			() Não		
298	Você utiliza o flúor em forma de água fluoretada (água tratada)?	() Sim			() Não		
299	Onde você adquiriu conhecimentos sobre bons hábitos bucais?	() Em casa	() Escola	() Consultório	() Mídia	() Outros	() Não adquiri

QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO CORPORAL
(Preenchimento Obrigatório)

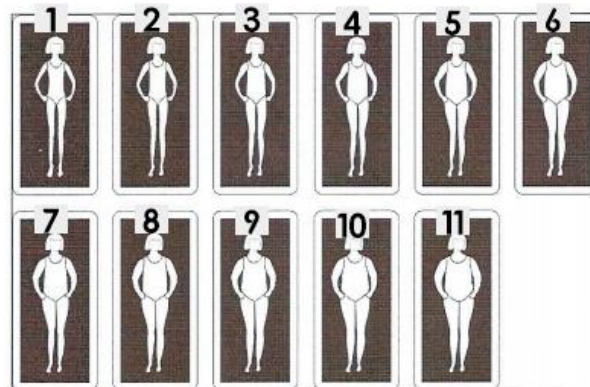
		Sim	Não
300	Você está satisfeito(a) com seu corpo?	()	()
301	Você gostaria de ser mais magro?	()	()
302	Você gostaria de ser mais gordo?	()	()

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
303	Marque conforme a figura abaixo como você se ver no espelho	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
304	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
305	Tensão muscular, como por exemplo aperto de mandíbula, dor na nuca, por exemplo;	()	()
306	Hiperacidez estomacal (azia) sem causa aparente;	()	()
307	Esquecimento de coisas corriqueiras, como esquecer o número de um telefone que usa com frequência, onde colocou a chave, por exemplo;	()	()
308	Irritabilidade excessiva;	()	()
309	Vontade de sumir de tudo;	()	()
310	Sensação de incompetência, de que não vai conseguir lidar com o que está ocorrendo;	()	()
311	Pensar em um só assunto ou repetir o mesmo assunto;	()	()
312	Ansiedade;	()	()
313	Distúrbio do sono, ou dormir demais ou de menos;	()	()
314	Cansaço ao levantar;	()	()
315	Trabalhar com um nível de competência abaixo do seu normal;	()	()
316	Sentir que nada mais vale a pena;	()	()

QUESTIONÁRIO DE **AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO - BECK**

(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.**

317	() 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
318	() 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
319	() 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
320	() 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
321	() 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
322	() Não acho que esteja sendo punido	() Acho que posso ser punido	() Creio que vou ser punido	() Acho que estou sendo punido
323	() Não me sinto decepcionado comigo mesmo	() Estou decepcionado comigo mesmo	() Estou enojado de mim	() Eu me odeio

324	() Não me sinto de qual- quer modo pior que os outros	() Sou crítico em relação a mim por minhas fraque- zas ou erros	() Eu me culpo sempre por minhas falhas	() Eu me culpo por tudo de mal que acontece
325	() Não tenho quaisquer idéias de me matar	() Tenho idéias de me ma- tar, mas não as executa- ria	() Gostaria de me matar	() Eu me mataria se tivesse oportunidade
326	() 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 queria
327	() Não sou mais irritado agora do que já fui	() Fico aborrecido ou irri- tado mais facilmente do que costumava	() Agora, eu me sinto irri- tado o tempo todo	() Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
328	() Não perdi o interesse pe- las outras pessoas	() Estou menos interes- sado pelas outras pes- soas do que costumava estar	() Perdi a maior parte do meu interesse pelas ou- tras pessoas	() Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
329	() Tomo decisões tão bem quanto antes	() Adio as tomadas de deci- sões mais do que costu- mava	() Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes	() Absolutamente não con- sigo mais tomar decisões
330	() Não acho que de qual- quer 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
331	() 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

332	() 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
333	() 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
334	() 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
335	() 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
336	() Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.		() Não estou tentando perder peso de propósito, comendo menos.	
337	() 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
338	() 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 - BECK

(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 pude suportar	Gravemente Difícilmente pude supor- tar
339	Dormência ou formigamento	()	()	()	()
340	Sensação de calor	()	()	()	()
341	Tremores nas pernas	()	()	()	()
342	Incapaz de relaxar	()	()	()	()
343	Medo que aconteça o pior	()	()	()	()
344	Atordoado ou tonto	()	()	()	()
345	Palpitação ou aceleração do coração	()	()	()	()
346	Sem equilíbrio	()	()	()	()
347	Aterrorizado	()	()	()	()
348	Nervoso	()	()	()	()
349	Sensação de sufocação	()	()	()	()
350	Tremores nas mãos	()	()	()	()
351	Trêmulo	()	()	()	()
352	Medo de perder o controle	()	()	()	()
353	Dificuldade de respirar	()	()	()	()
354	Medo de morrer	()	()	()	()
355	Assustado	()	()	()	()
356	Indigestão ou desconforto no abdômen	()	()	()	()
357	Sensação de desmaio	()	()	()	()
358	Rosto afogueado	()	()	()	()
359	Suor (não devido ao calor)	()	()	()	()

QUESTIONÁRIO DE ETILISMO - ADAPTADO DO CAGE/ BRIEF-MAST

(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
360	Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?	()	()
SE NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 376			

		Sim	Não
361	Bebe bebidas alcoólicas? (Como a cerveja, vinho, vodka, etc., ex.)	()	()
SE NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 376			

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

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

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

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

Se você consome bebidas alcoólicas responda as questões.

		Sim	Não
366	Você se considera uma pessoa que bebe de modo normal?	()	()
367	Seus amigos ou parentes acham que você bebe de modo normal?	()	()
368	Você já foi a algum encontro dos Alcoólicos Anônimos (AA)?	()	()
369	Você já perdeu amigos/amigas ou namorado/namorada por causa da bebida?	()	()
370	Você já teve problemas no trabalho/emprego por causa da bebida?	()	()

371	Você já abandonou suas obrigações, sua família ou seu trabalho por 2 ou mais dias em seguida por causa da bebida?	()	()
372	Você já teve tremores, ouviu vozes, viu coisas que não estavam lá depois de beber muito?	()	()
373	Você já procurou algum tipo de ajuda por causa da bebida?	()	()
374	Você já foi hospitalizado por causa da bebida?	()	()
375	Você já esteve preso ou foi multado por dirigir embriagado?	()	()

QUESTIONÁRIO ANABOLIZANTES – ADAPTADO DO CAGE

(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
376	Alguma vez fez uso de Esteróide Anabolizante?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 406			
377	Faz uso atualmente?	()	()

Qual Esteróide você usou ou usa?

		Sim	Não
378	Winstrol®	()	()
379	Dianabol®	()	()
380	Deca - Durabolin®	()	()
381	Oxandrin®	()	()
382	Depo - testosterone®	()	()
383	Equipoise®	()	()
384	Durateston®	()	()
	Outros, especifique:		

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

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

		Sim	Não
387	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
388	Efedrina	()	()
389	Insulina	()	()
390	Hepatoprotetor (protetor do fígado)	()	()
391	Clembuterol	()	()
392	Diuréticos	()	()
393	Tamoxifeno	()	()
394	GH (hormônio do crescimento)	()	()
395	Outros, especifique:		

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

Se durante o uso já evidenciou algum sintoma colateral?

		Sim	Não
397	Pressão alta	()	()
398	Náuseas e vômitos	()	()
399	Aparecimento de "espinhas"	()	()
400	Diminuição da libido	()	()
401	Depressão	()	()
402	Dependência	()	()
403	Aumento da libido	()	()
404	Alteração no humor	()	()
405	Atrofia dos testículos	()	()
	Outros, especifique:		

FICHA DE TABAGISMO - ADAPTADO DO CAGE

(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
406	Alguma vez fumou?	()	()
SE NÃO, PASSE PARA PERGUNTA 416			

O que você fuma ou já fumou?

		Sim	Não
407	Cigarro	()	()
408	Cachimbo	()	()
409	Charuto	()	()
410	Narguilé	()	()

		Sim	Não
411	Fuma atualmente?	()	()
SE SIM, PASSE PARA PERGUNTA 413			

		Menos de 6 meses	6 ou mais meses
412	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
413	Com que frequência fuma?	()	()	()	()

		1 -2	3 – 5	6 – 9	10 - 20	Mais de 20
414	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
415	Com que frequência fuma mais de 10 cigarros seguidos/numa única ocasião?	()	()	()	()	()

FICHA DE **DROGAS ILÍCITAS - ADAPTADO DO CAGE**
(Preenchimento Obrigatório)

		Sim	Não
416	Alguma vez fez uso de drogas ilícitas?	()	()
SE NÃO PASSE PARA A PERGUNTA 444			
417	Faz uso atualmente?	()	()

Qual dessas drogas você usa ou já usou?

		Sim	Não
418	Maconha	()	()
419	Cocaína	()	()
420	Crack	()	()
421	Ecstasy	()	()
422	LSD	()	()
423	Inalantes	()	()
424	Heróina	()	()
425	Barbitúricos	()	()
426	Morfina	()	()
427	Skank	()	()
428	Chá de cogumelo	()	()
429	Anfetaminas	()	()
430	Clorofórmio	()	()
431	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
432	Há quanto tempo usa ou usou drogas ilícitas?	()	()	()	()

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

Já sentiu algum desse sintoma colateral?

		Sim	Não
434	Pressão alta	()	()

435	Náuseas e vômitos	()	()
436	Aparecimento de "espinhas"	()	()
437	Diminuição da libido	()	()
438	Depressão	()	()
439	Dependência	()	()
440	Aumento da libido	()	()
441	Alteração no humor	()	()
442	Atrofia dos testículos	()	()
443	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.

444	Altura referida	_____cm
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

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

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

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

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

449	Dobra Tricipital	
	Medida 1	_____cm
	Medida 2	_____cm
	Medida 3	_____cm

450	Peso referido	_____Kg
	Medida 1	_____Kg

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

		Sim	Não
452	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

453	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	Completo <u>u</u> o teste
454	Primeira vez	()	()	()	()	()	() _____Kg

		Tentou, mas não conseguiu	Não tentou, por achar arriscado	Entrevistado incapacitado	Recusou-se a tentar	Tentou, mas não conseguiu	Completo <u>u</u> o teste
455	Segunda vez	()	()	()	()	()	() _____Kg

QUESTIONÁRIO **AVALIAÇÃO COGNITIVA - PFEIFFER**

(Preenchimento Obrigatório)

AVALIAÇÃO COGNITIVA (MINI EXAME-ESTADO MENTAL – MEEM)

QUESTIONÁRIO RESUMIDO DO ESTADO MENTAL (PFEIFFER, 1974)

		Certo	Errado
456	Que dia é hoje? (dia/mês/ano)	()	()
457	Qual é o dia da semana?	()	()
458	Qual é o nome deste lugar?	()	()
459	Qual é o número do seu telefone? (ou endereço)	()	()
460	Quantos anos você tem?	()	()
461	Qual é a sua data de nascimento?	()	()
462	Quem é o atual presidente do seu país?	()	()
463	Quem foi o presidente antes dele?	()	()
464	Como é o nome de solteira de sua mãe?	()	()
465	Subtraia 3 de 20 e continue subtraindo até o nº final	()	()