**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  fundamental  incompleto | | | | | ( )  Ensino  fundamental | | | | | | ( )  Ensino  Médio  incompleto | | | | | | | ( )  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 fundamental incompleto | | | | | ( )  Ensino fundamental completo | | | | | | ( )  Ensino  Médio incompleto | | | | | | | ( )  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 fundamental incompleto | | | | | ( )  Ensino fundamental completo | | | | | | ( )  Ensino  Médio incompleto | | | | | | | ( )  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)** | ( )  Sozinho | ( )  Pais | | | | | ( )  Cônjuge | | | | | ( )  Filhos | | | | | ( )  Irmão(s) | | | | | | ( )  Neto(s) | | | | | | | ( )  Ajudante Remunerado | | | | | | | ( )  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  Gestações | | ( )  3  Gestações | | ( )  4  Gestações | ( )  5  Gestações | | ( )  6  Gestações | | ( )  Mais de 6 Gestações |
| 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 gestacional: (Exclusivo para mulheres)** | ( )  Nenhum | | ( )  Anemia | | ( )  Diabetes gestacional | | ( )  Hipertensão | | | ( )  Pré eclampsia | | ( )  Outro(s) | |
| Se outro(s), especificar: | | | | | | | | | | | | |
| 40 | **Tipo de parto: (Exclusivo para mulheres)** | ( )  Normal | | | | ( )  Cesário | | | | | ( )  Fórceps | | | |
| Quantos: | | | | Quantos: | | | | | Quantos: | | | |
| 41 | **O parto foi: (Exclusivo para mulheres)** | ( )  Prematuro | | | | ( )  A termo | | | | | ( )  Pós termo | | | |
| Quantos: | | | | Quantos: | | | | | Quantos: | | | |

|  |
| --- |
| Questionário Sócio-econômico |

(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 possuo 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 – 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”   1. se você **nunca** tem dificuldade com isso 2. se você **quase nunca** tem dificuldade com isso 3. se você **algumas vezes** tem dificuldade com isso 4. se você **muitas vezes** tem dificuldade com isso 5. 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 *(dificuldade para…)*** | | **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 *(dificuldade para…)*** | | **0**  **Nunca** | **1**  **Quase nunca** | **2**  **Algumas vezes** | **3**  **Muitas**  **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 *(dificuldade para…)*** | | **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**  **Completamente** |
| **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: ¾ atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal ¾ 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 sentando 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/Familiares** | **Outros** |
| **150** | **Por qual meio de informação você procurou para começar a dieta?** | ( ) | ( ) | ( ) | ( )  Quais?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| FICHA DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES – ABUEL |

(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:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**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** | **Cardiopatia** | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **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:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**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:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |
| --- |
| Questionário odontológico |

(Preenchimento Obrigatório)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **218** | **Data do último atendimento odontológico:** | **\_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_** | | | | | | ( ) Completo | | | | | | ( ) Incompleto | | | |
| **219** | **Se nunca foi ao dentista, qual o motivo?** | ( )  Não acho necessário | | ( )  Medo | | | | | | ( )  Falta de oportunida | | | | | | ( )  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 | | | |

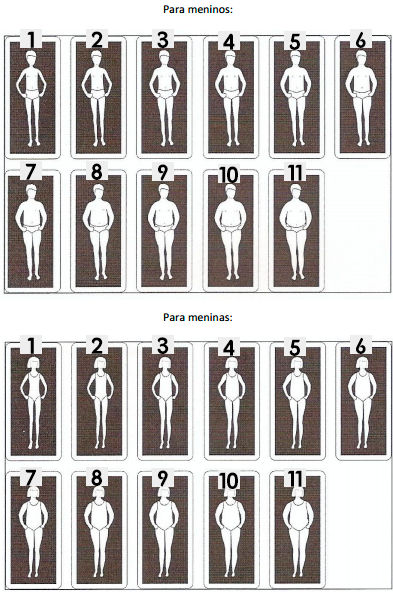
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **261** | **Você utiliza palito de dente?** | ( )  Sim | | | ( )  Não | | |
| **262** | **Você utiliza creme dental?** | ( )  Sim | | | ( )  Não | | |
| **263** | **Você utiliza o flúor em forma de gel?** | ( )  Sim | | | ( )  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 ver no espelho** | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| **272** | **Marque conforme a figura abaixo como você gostaria que seu corpo fosse** | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |



|  |
| --- |
| 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 depresão |

(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 queria |
| **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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Absolutamente não** | **Levemente**  Não me incomodou muito | **Moderadamente**  Foi muito desagradável mas pude suportar | **Gravemente**  Dificilmente pude suportar |
| **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** | **Mensalmente** | **Semanalmente** | **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** | **Completou 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** | **Completou o teste** |
| **417** | **Segunda vez** | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kg |