Seção 1:

1. Data de Nascimento
2. Gênero

( ) Feminino

( ) Masculino

( ) Prefiro não dizer

1. Qual a sua escolaridade?

( ) Ensino Fundamental completo

( ) Ensino Médio completo

( ) Cursando Ensino Superior

( ) Ensino Superior completo

( ) Nenhuma

1. Qual a sua altura?
2. Qual o seu peso(em kg)?
3. Quantas horas em média você costuma dormir por noite?

( ) Menos de 6 horas

( ) 6 a 8 horas

( ) Mais de 8 horas

1. Quantas vezes na semana em média você pratica exercícios físicos?

( ) Nenhuma

( ) 1

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5

( ) 6

( ) 7

1. Com que frequência você consome alimentos com grande quantidade de açúcar?

( ) Todos os dias, em todas as refeições

( ) Todos os dias, em 1 ou 2 refeições

( ) Alguns dias na semana

( ) Raramente

( ) Nunca

1. Com que frequência você consome alimentos de origem animal?

( ) Todos os dias, em todas as refeições

( ) Todos os dias, em 1 ou 2 refeições

( ) Alguns dias na semana

( ) Raramente

( ) Nunca

1. Você é estudante?

( ) Sim

( ) Não

Seção 2:

1. Qual turno você estuda?

( ) Manhã

( ) Tarde

( ) Noite

( ) Mais de um turno

1. Quantas horas por semana, em média, você estuda em casa?
2. Como você avalia o seu desempenho escolar/acadêmico?

( ) Quase sempre nota A (A é equivalente ao intervalo de 9 a 10)

( ) Notas variam entre A e B (A é equivalente ao intervalo de 9 a 10;B é equivalente ao intervalo 7,5 a 9)

( ) Notas variam entre A, B e C (A é equivalente ao intervalo de 9 a 10;B é equivalente ao intervalo 7,5 a 9;C é equivalente ao intervalo 6 a 7,5)

( ) Notas variam entre B e C (B é equivalente ao intervalo 7,5 a 9;C é equivalente ao intervalo 6 a 7,5)

( ) Quase sempre nota C (C é equivalente ao intervalo 6 a 7,5)

( ) Notas variam entre C e D (C é equivalente ao intervalo 6 a 7,5; D é reprovação)

Seção 3:

1. Você está atualmente empregado?

( )Sim

( )Não

Seção 4:

1. Qual o tipo de trabalhador você é?

( ) Estagiário(a)

( ) Assalariado(a)

( ) Autônomo(a)

( ) Voluntário(a)

( ) Freelancer

( ) Profissional liberal

( ) Empresário(a)

1. Como você considera o seu rendimento na sua atual ocupação?

( ) Excelente, dou o máximo de mim

( ) Bom

( ) Regular, posso performar melhor

( ) Ruim, não estou motivado(a)

Seção 5:

1. Com que frequência você se sente cansado(a)?

( ) Sempre, independente do quanto eu durmo

( ) Apenas quando durmo pouco

( ) Raramente

( ) Nunca

1. Quantas vezes no último ano você ficou doente?

( ) Nenhuma

( ) 1 ou 2

( ) 3 ou mais

Seção 8:

1. Você já doou sangue?

( ) Sim

( ) Não

Seção 9:

1. Você já se sentiu mal ao doar sangue?

( ) Sim

( ) Não

Seção 10:

1. Mais alguém da sua família se sentiu mal ao doar sangue?

( ) Sim

( ) Não

( ) Não sei