**Questionário Suplementação Personalizada X formulações**

**Formulas Simplificadas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Questionário Geral** | | |
| **Pergunta** | **Resposta** | **Formula** |
| **IMC** | Acima 30 | 1 |
| **Segue alguma dieta?** | 1. Nenhuma 2. Vegetariana. 3. Paleo. 4. Intermitente. 5. Vegana. 6. Cetogênica. |  |
| **Quantas porções de fruta come todos os dias?** | . 0 a 2 | 1 |
| . b. 3 a 5. |  |
| c. 6 ou mais |  |
| **Quantos alimentos ricos em cálcio come todos os dias (derivados de leite, folhas verdes, brócolis ou amêndoas)?** | 0 a 2.. | 1 |
| b. 3. |  |
| c.Mais que 4 |  |
| **Quantas vezes por semana consome alimentos ricos em ômega-3 (salmão, sardinhas, atum ou chia)?** | 0 a 1 | 1 e 10 |
| 2 a 3 |  |
| Mais que 3 |  |
| **Qual é o seu consumo semanal de bebidas alcoólicas?** | Nenhum |  |
| 1 a 2 |  |
| Mais que 3 | 1 |
| **Atualmente, você fuma ou é um fumante passivo?** | Sim | 1 |
| Não |  |
| **Nos últimos tempos, tem tentado perder peso?** | Sim |  |
| Não |  |
| **Pratica exercícios físicos de forma regular?** | Sim | 1 |
| Não |  |
| **Quantas vezes por semana pratica exercício?** | 1x |  |
| 2-3x | 1 e 6 |
| Mais que 4x | 1 e 6 |
| **Teria interesse em praticar atividade física?** | sim |  |
| Não |  |
| **Como descreveria sua condição física atual?** | Não pratico atividade física |  |
| Raramente pratico atividade física. |  |
| Pratico atividade física algumas vezes, quando sou estimulado por terceiros. |  |
| Pratico atividade física com regularidade | 1 e 6 |
| Estou em grande forma e pratico atividade física todos os dias. | 1 e 6 |
| Considero-me um atleta ou um esportista competitivo. | 1 e 6 |
| **Expõe-se regulamente à luz solar nos horários do dia mais adequados?** | Sim |  |
| não | 1 |
| **Entre suas queixas, incluiria:** | Nenhuma. |  |
| Dores indefinida |  |
| Fase de fadigabilidade. |  |
| Falta de energia. |  |
| Dificuldade de concentração |  |
| **Tem histórico familiar de:** | Nenhum. |  |
| Câncer do mesmo órgão em várias gerações. | 1 |
| Histórico cardiovascular em familiares jovens. | 1 |
| **Tem usado antibióticos no último ano?** | Sim | 1 e 4 |
| Não |  |
| **Apresenta com frequência transtornos digestivos** | Sem queixas. |  |
| Diarreia. | 1 e 5 |
| Constipação | 1 e 5 |
| Flatulência | 1 e 5 |
| Distensão abdominal | 1 e 5 |
| Regurgitação. | 1 e 5 |
| **Como avalia seu nível de estresse?** | Sem queixas. |  |
| Tenho crises eventuais de estresse. | 1 e 7 |
| Sinto-me estressado o tempo todo | 1 e 7 |
| Ocasionalmente, sinto-me fadigado e com alteração na concentração | 1 e 7 |
| Dificilmente sinto-me feliz. | 1 e 7 |
| **Como avalia o seu nível de energia?** | Sinto-me bem. |  |
| Tenho quedas de energia | 1 e 7 |
| Sinto-me sempre cansado. | 1 e 7 |
| **Como avalia sua memória?** | Não tenho problemas de memória |  |
| Minha memória poderia ser melhor. | 1 e 10 |
| Esqueço as coisas com frequência. | 1 e 10 |
| **Como qualificaria seu sono?** | Normal |  |
| Dificuldade para iniciar o sono. | 1 e 7 |
| Sono interrompido. | 1 e 7 |
| Não sinto-me descansado ao acordar. | 1 e 7 |
| **Alguma vez teve algum diagnóstico relacionado ao seu sistema neurológico?** | Nunca. |  |
| Sensação de perda de memória. | 1 |
| Tristeza a depressão. | 1 |
| Síndrome de ansiedade. | 1 |
| Vertigem ou tonturas. | 1 |
| **Apresentou alteração de condutas?** | Nunca. | 1 |
| Mudanças de humor | 1 |
| Comportamento bipolar. | 1 |
| Tendência suicida | 1 |
| **Tem observado mudanças na visão e/ou audição?** | Sim | 1 e 6 |
| Não |  |
| **Alguma vez teve alguma doença pulmonar?** | Nenhuma |  |
| Asma. | 1 e 6 |
| Enfisema. | 1 e 6 |
| Asma induzida por exercício. | 1 e 6 |
| Pneumonia de repetição. | 1 e 6 |
| **Alguma vez teve alguma complicação cardiovascular?** | Nunca | 1 e 6 e 10 |
| Pressão alta | 1 e 6 e 10 |
| Insuficiência cardíaca. | 1 e 6 e 10 |
| Aumento de colesterol e triglicerídeos | 1 e 6 e 10 |
| Dor no peito. | 1 e 3 |
| **Teve ou tem dores articulares?** | Sim | 1 e 3 |
| Não |  |
| **Apresenta histórico de infecções urinárias?** | Sim | 1 |
| Não |  |
| **É portador de alguma dessas condições?** | Nenhuma |  |
| Diabetes tipo I. | 1 e 2 |
| Aterações na tireoide | 1 |
|  |  |
|  |  |
| **Tem resfriado com frequência?** | Sim | 1 e 3 |
| Não |  |
| **Toma medicamentos que precisam de prescrição médica?** | Nenhum. |  |
| Coração. |  |
| Reuma |  |
| Doenças autoimunes. |  |
| Droga de prescrição obrigatória (calmantes, antidepressivos). |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Questionários Específicos** | | | |
| **Melhora Performance Física** |  | **Manutenção Do Peso.** |  |
| Gosta de fazer atividade física? | 6 | Tem vontade de comer o dia todo? | 2 e 10 |
| Se diverte fazendo atividade física? | 6 | Tem ganho peso recentemente? | 2 e 10 |
| Pratica esporte competitivo? | 6 | Tem tentado várias dietas? | 2 e 10 |
| Se machuca com frequência? | 6 | Tem compulsão vespertina? | 2 e 10 |
| Cansa com facilidade? | 6 | Prefere comer carboidratos? | 2 e 10 |
| Procura desculpas para não fazer atividade física? | 6 | Prefere comer salgados? | 2 e 10 |
| Tem dor muscular após esforço físico? | 6 | Fica ansioso sem comida? | 2 e 10 |
|  |  |  |  |
| **Transtorno Do Comportamento, Como Ansiedade E/Ou Estresse** |  | **Alteração Da Memória** |  |
| Se irrita com facilidade? | 7 e 10 | Tem dificuldade para fixar memória recente? | 7 e 10 |
| É intolerante? | 7 e 10 | Esquece com facilidade? | 7 e 10 |
| Tem vontade de chorar? | 7 e 10 | Anda disperso? | 7 e 10 |
| Pensa na morte (ideias mórbidas)? | 7 e 10 | Demora em trazer a memória de fatos rotineiros? | 7 e 10 |
| Tem dificuldade para dormir? | 7 e 10 | Precisa anotar tudo que vai fazer? | 7 e 10 |
| Altera de humor durante o dia? | 7 e 10 | Tem dificuldade em prestar atenção? | 7 e 10 |
| Tem histórico familiar de depressão ou pânico? | 7 e 10 | É repetitivo? | 7 e 10 |
|  |  |  |  |
| **Cuidados Com Pele, Cabelo E Unhas** |  | **Falta De Disposição Para Manter A Rotina** |  |
| O cabelo está ficando fino? | 9 | Acorda cansado? | 6 |
| Tem queda pronunciada de cabelo? | 9 | Anda mal-humorado? | 6 |
| As unhas são quebradiças? | 9 | Evita fazer atividades em geral? | 6 |
| A pele esta seca? | 9 | Tudo é cansativo? | 6 |
| Ganhou estrias? | 9 | Dificuldade para memorizar? | 6 |
| Cabelo está oleoso? | 9 | Anda apático? | 6 |
| As unhas apresentam linhas ou pontos brancos? | 9 | Se queixa de tudo? | 6 |
|  |  |  |  |
| **Qualidade Do Sono.** |  | **Ganho De Energia** |  |
| Dificuldade para dormir? | 7 | Fadiga fácil? | 6 |
| Acorda várias vezes a noite? | 7 | Baixa produtividade? | 6 |
| Acorda cansado? | 7 | Falta de disposição ao acordar? | 6 |
| Necessidade de dormir durante o dia? | 7 | Sonolento? | 6 |
| Acorda com vontade de ficar na cama? | 7 | Sem iniciativa? | 6 |
| Fica sonolento durante o trabalho? | 7 | Memória fraca? | 6 |
| Lembra os sonhos? | 7 | Baixo nível de desejo sexual? | 6 |
|  |  |  |  |
| **Busca Por Uma Velhice Saudável.** |  | **Alterações Digestivas.** |  |
| Cansa facilmente? | 6 e 10 | Tem azia (queimação no peito)? | 4 e 5 |
| Dificuldade na memória? | 6 e 10 | Sofre de constipação ou diarreia? | 4 e 5 |
| Pele seca ou quebradiça? | 6 e 10 | Anda muito ansioso? | 4 e 5 |
| Dores nas juntas ou musculares? | 6 e 10 | Tem flatulência (gases)? | 4 e 5 |
| Sono de baixa qualidade? | 6 e 10 | Sente que não digere os alimentos? | 4 e 5 |
| Digestão lenta? | 6 e 10 | Sensação de peso no abdome após comer? | 4 e 5 |
|  |  | Tem boca amarga? | 4 e 5 |
|  |  |  |  |
| **Mecanismos De Controle Do Estresse** |  | **Envelhecimento Sexual Masculino** |  |
| Sente-se estressado? | 7 | Alteração no desejo sexual? | 8 |
| Caiu de produção? | 7 | Alteração na ereção? | 8 |
| Sem energia para fazer atividade física? | 7 | Ejaculação precoce? | 8 |
| Não controla as suas emoções? | 7 | Perca de massa muscular? | 8 |
| Tem alteração do desejo sexual? | 7 | Desanimo? | 8 |
| Fica agressivo com facilidade? | 7 | Dificuldade de manter a produtividade? | 8 |
| Anda histérico ou imaginando doenças? | 7 | Alto nível de irritabilidade? | 8 |
|  |  |  |  |
| **Envelhecimento Sexual Femino** |  | **Imunidade** |  |
| Libido baixo? | 8 | Apresenta doenças respiratórios e/ou resfriados com freqüência varias vezes no ano? | 3 |
| Secura na pele? | 8 | Apresenta infecções em outros órgãos? | 3 |
| Secura vaginal? | 8 | É portador de asma? | 3 |
| Ondas de calor? | 8 | Tem infecções urinárias de repetição ? | 3 |
| Suor? | 8 | Tem histórico de cândidíase? | 3 |
| Formiga as mãos ou os pés? | 8 | Tem histórico de câncer na família ? | 3 |
| Formiga as mãos ou os pés? | 8 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |