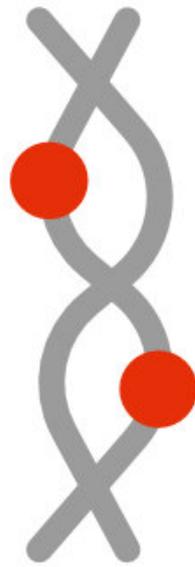


# questionnaire



## 01. TESTES GENÉTICOS VÁLIDOS

Data de nascimento .....

Código de amostra de ADN Capilar .....

## 02. QUESTIONÁRIO SCOFF PARA DISTÚRBIOS ALIMENTARES

**\* Você passa mal por que se sente infortavelmente cheio?**

- Não  
 Sim

**\* Você perdeu mais de 6 kg nos últimos 3 meses?**

- Não  
 Sim

**\* Você diria que a comida domina sua vida?**

- Não  
 Sim

**\* Você se preocupa de ter perdido o controle sobre o quanto você come?**

- Não  
 Sim

**\* Você se acha gordo(a) enquanto outras pessoas dizem que você está magro(a) demais?**

- Não  
 Sim

## 03. BIOMETRIA

\* Altura (cm)

Massa muscular (Kg)

Massa gorda (%)

Água (%)

Gasto Kcal/dia prática de esportes (Kcal)

\* Peso (kg)

Massa óssea (%)

Gordura perivisceral (%)

Gasto Kcal/dia (Kcal)

\* What is your objective weight (Kg)?



## 04. MEDIÇÕES CORPORAIS

Cintura (cm)

\* Ancas (cm)

### Morfotipo

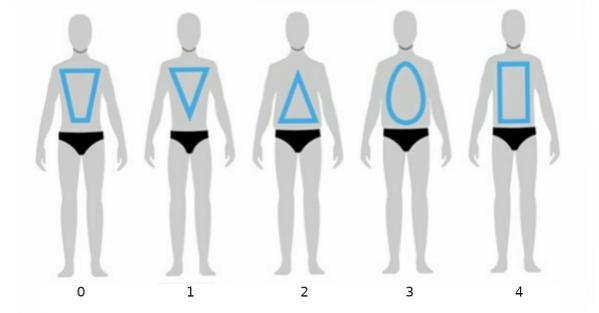
- None
- 0: Trapézio
- 1: Triângulo invertido
- 2: Triangular
- 3: Oval
- 4: Retangular

### Localização da massa gorda

- None
- Abdômen
- Abdômen e cintura
- Abdômen e peitoral
- Quadril
- Quadril e nádegas
- Quadril e pernas
- Pernas
- Peitoral e braços

Medida Abdominal-umbilical (cm)

\* Pulso (cm)



## 05. ASPETOS PESSOAIS

\* Fumador(a)

- Não
- Sim

\* Durante o dia, pratica atividade física

- Nenhuma atividade
- Ultraleve
- Leve
- Moderada
- Intensa

Intensidade do esporte

- Selecionar uma opção
- Suave
- Moderada
- Intenso

\* Pressão sistólica (medição de cima): 100-170 mmHg

\* Você possui animais?

- Não
- Sim

\* Pratica algum esporte?

- Não
- Aeróbica leve
- Aeróbica intensa
- Fitness
- Misto
- Colective sports

Dedicação de horas por dia

\* Pressão diastólica (medição de baixo): 40-90 mmHg

## 06. BEBIDAS ALCÓLICAS

\* **Consumo bebidas alcoólicas?** \_\_\_\_\_

- Não
- Sim

Bebidas por semana

### BEBIDAS ALCÓLICAS

- Cerveja
- Vinho
- Destilados
- Coquetéis

## 07. INTOLERÂNCIAS E ALERGIAS

**Sofre algum tipo de intolerância alimentar?** \_\_\_\_\_

- Glúten
- Lactose
- Frutose
- Galactose
- Gengibre
- Álcool
- Tomate
- Astaxanthin
- Mamão
- Abacaxi
- Ovos
- Nozes
- Frutos do Mar
- Proteína do leite de vaca
- Soja
- Glicose
- Cenoura
- Kiwi
- Figo

**Tem alguma destas sensibilidades?** \_\_\_\_\_

- Pólen
- Ácaros
- Fungos
- Pelo de animais
- Picadas de insetos
- Antibióticos
- Insulina
- Propilenglicol-álcool
- Penicilina
- Nicotina



### 08. QUANTIDADE DE MACRONUTRIENTES

Legumes verdes (Por semana)

Laticínios (Por semana)

Café ou chá (Por semana)

Grãos integrais (Por semana)

Proteínas animais (Por semana)

Legumes (Por semana)

### 09. SONO

Horas de sono por dia

Caso positivo, quantas vezes por noite?

**\* Você acorda durante a noite?**

- Não
- Sim, porque estou com fome
- Sim, ao ir ao banheiro
- Sim, falta de sono

**\* Energia enquanto desperto(a)**

- Alto
- Baixo

### 10. STRESS

**\* Insomnia**

- Não
- Sim, emocional
- Sim, relacionado à família
- Sim, relacionado ao trabalho

**\* Classifique seu nível de estresse atual em uma escala de 1 a 10 onde 1=baixo estresse e 10=alto estresse)**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10



## 11. ANÁLISE

RDW (%)

Ferritina (ng/ml)

Proteína C-reativa  
(mg/dl)

Glicose (mg/dl)

Hemoglobina (g/dl)

Nitrogênio uréico no  
sangue (NUS) (mg/dl)

Creatinina (mg/dl)

Colesterol total (mg/dl)

HDL (mg/dl)

LDL (mg/dl)

Cálcio (mg/dl)

Transaminase Alanina  
(ALT) (U/L)

Transaminase  
Aspartase (AST) (U/L)

TSH (uU/mL)

Vitamina B12  
(cobalamina) (pg/ml)

Triglicérides (mg/dl)

Volume Corpuscular  
Médio (VCM) (fl)

Favor verificar se as unidades dos diferentes parâmetros das análises bioquímicas do sangue estão corretas, como solicitado no formulário)

## 12. DOENÇAS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Segue algum tipo de dieta?

- Baixo teor de sal
- Baixo teor de açúcar
- Baixo teor de gordura
- Baixo teor calórico
- Vegana
- Ovolactovegetariana
- Sem lactose
- Sem glúten
- Outra
- Semi-vegano(a)
- Proteína
- Carboidratos baixos
- Suplementação proteica



### 13. MEDICAÇÕES E SUPLEMENTOS

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acarbose                   | <input type="checkbox"/> Antibióticos                           | <input type="checkbox"/> Anticoagulantes            | <input type="checkbox"/> Antidepressivos   |
| <input type="checkbox"/> Antiepiléticos             | <input type="checkbox"/> Antihipertensivos                      | <input type="checkbox"/> Antiplaquetários           | <input type="checkbox"/> Antitussígenos  |
| <input type="checkbox"/> Aminoácidos BCAA           | <input type="checkbox"/> Bisfosfonatos                          | <input type="checkbox"/> Biorragem                  | <input type="checkbox"/> Cafeína   |
| <input type="checkbox"/> Cálcio                     | <input type="checkbox"/> Carbamazepina                          | <input type="checkbox"/> Clorpropamida              | <input type="checkbox"/> Colestiramina   |
| <input type="checkbox"/> Cromo                      | <input type="checkbox"/> Colestipol                             | <input type="checkbox"/> Confrei                    | <input type="checkbox"/> Corticóides   |
| <input type="checkbox"/> Açafraão                   | <input type="checkbox"/> Cicloserina                            | <input type="checkbox"/> Desidroepiandrosterona     | <input type="checkbox"/> Diazepam  |
| <input type="checkbox"/> Digoxina                   | <input type="checkbox"/> Diltiazem                              | <input type="checkbox"/> Diuréticos                 | <input type="checkbox"/> Doxazosina  |
| <input type="checkbox"/> Doxorubicina               | <input type="checkbox"/> Estrogênios                            | <input type="checkbox"/> Fexofenadina               | <input type="checkbox"/> Fluoxetina  |
| <input type="checkbox"/> Fluvoxamina                | <input type="checkbox"/> Ginkgo biloba                          | <input type="checkbox"/> Glimepirida                | <input type="checkbox"/> Glipizida   |
| <input type="checkbox"/> Gliburida                  | <input type="checkbox"/> Heparina                               | <input type="checkbox"/> Hydralazine                | <input type="checkbox"/> Imunossuppressores  |
| <input type="checkbox"/> Isoniazida                 | <input type="checkbox"/> Cava                                   | <input type="checkbox"/> L-tirosina                 | <input type="checkbox"/> Levodopa  |
| <input type="checkbox"/> Levotiroxina               | <input type="checkbox"/> Lítio                                  | <input type="checkbox"/> Loratadina                 | <input type="checkbox"/> Losartan  |
| <input type="checkbox"/> Magnésio                   | <input type="checkbox"/> Metformina                             | <input type="checkbox"/> Metotrexato                | <input type="checkbox"/> Miglitol  |
| <input type="checkbox"/> Momordica                  | <input type="checkbox"/> Inibidores da monoamina oxidase (IMAO) | <input type="checkbox"/> AINES                      | <input type="checkbox"/> Inibidores de transcriptase reversa de nucleotídeos (NRTIs) |
| <input type="checkbox"/> Omeprazol                  | <input type="checkbox"/> Contraceptivos orais                   | <input type="checkbox"/> Penicilamina               | <input type="checkbox"/> Óleo de poejo   |
| <input type="checkbox"/> Fenobarbital               | <input type="checkbox"/> Fenitoína                              | <input type="checkbox"/> Sais de fosfato            | <input type="checkbox"/> Fósforo   |
| <input type="checkbox"/> Pioglitazona               | <input type="checkbox"/> Potássio                               | <input type="checkbox"/> Prazosina                  | <input type="checkbox"/> Primidona   |
| <input type="checkbox"/> Probenacida                | <input type="checkbox"/> Inibidores de protease                 | <input type="checkbox"/> Suplementação de proteínas | <input type="checkbox"/> Pirimetamina  |
| <input type="checkbox"/> Arroz de fermento vermelho | <input type="checkbox"/> Repaglinida                            | <input type="checkbox"/> Serotonina                 | <input type="checkbox"/> Estatina  |
| <input type="checkbox"/> Sustiva / Efavirenz        | <input type="checkbox"/> Tamxulosina                            | <input type="checkbox"/> Terazosina                 | <input type="checkbox"/> Teucrium chamaedrys   |
| <input type="checkbox"/> Teofilina                  | <input type="checkbox"/> Tiamina                                | <input type="checkbox"/> Topotecan                  | <input type="checkbox"/> Tretinoína  |
| <input type="checkbox"/> Trimetafano                | <input type="checkbox"/> Triptofano                             | <input type="checkbox"/> Ubiquinol                  | <input type="checkbox"/> Ubiquinol   |
| <input type="checkbox"/> Valproato                  | <input type="checkbox"/> Vasodilatadores                        | <input type="checkbox"/> Verapamil                  | <input type="checkbox"/> Vitamin K2  |
| <input type="checkbox"/> Zinco                      |   |   |  |

## 14. DOENÇAS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tem alguma destas doenças ou alterações?

### CARDIOVASCULAR:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão               | <input type="checkbox"/> Aterosclerose          | <input type="checkbox"/> Enxaqueca       | <input type="checkbox"/> Ponte de Safena |
| <input type="checkbox"/> Veias Varicosas           | <input type="checkbox"/> Hipotensão             | <input type="checkbox"/> Arritmia        | <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia  |
| <input type="checkbox"/> Doença arterial coronária | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |  |

### SISTEMA NERVOSO CENTRAL:

- |                                    |   |                                  |  |
|------------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Perda de memória | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Tremores nas mãos |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia |   |                                  |  |

### DERMATOLOGICAL:

- Melasmas

### DERMATOLÓGICA:

- |   |                                     |                                  |  |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fragilidade em cabelos, unhas e pele | <input type="checkbox"/> Acne       | <input type="checkbox"/> Lipomas | <input type="checkbox"/> Dermatite Atópica |
| <input type="checkbox"/> Exantema                             | <input type="checkbox"/> Angioedema | <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Herpes            |
| <input type="checkbox"/> Urticária                            | <input type="checkbox"/> Rosácea    |                                  |  |

### DIGESTIVO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falência renal       | <input type="checkbox"/> Doença de Crohn                 | <input type="checkbox"/> Gastrite                      | <input type="checkbox"/> Hérnia Hiatal            |
| <input type="checkbox"/> Úlcera Gástrica      | <input type="checkbox"/> Esôfago de Barret               | <input type="checkbox"/> Doença de fígado gorduroso    | <input type="checkbox"/> Obstrução de Duto Biliar |
| <input type="checkbox"/> Cálculos na vesícula | <input type="checkbox"/> Diarreia                        | <input type="checkbox"/> Diverticulite                 | <input type="checkbox"/> Colite ulcerativa        |
| <input type="checkbox"/> Constipação          | <input type="checkbox"/> Dispepsia                       | <input type="checkbox"/> Úlcera por Heliobacter Pylori | <input type="checkbox"/> Refluxo gastroesofágico  |
| <input type="checkbox"/> Úlcera Duodenal      | <input type="checkbox"/> Cirrose                         | <input type="checkbox"/> Hepatite B                    | <input type="checkbox"/> Hepatite C               |
| <input type="checkbox"/> Hemorroida           | <input type="checkbox"/> Síndrome do intestino irritável | <input type="checkbox"/> Azia                          | <input type="checkbox"/> Parasitas Intestinais    |
| <input type="checkbox"/> Doenças da vesícula  | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica                  |  |   |



## DOENÇAS E INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Tem alguma destas doenças ou alterações?

### GENITOURINÁRIO:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doenças Renais | <input type="checkbox"/> Endometriose               | <input type="checkbox"/> Amenorreia              | <input type="checkbox"/> Síndrome pré menstrual |
| <input type="checkbox"/> Pedras no Rim  | <input type="checkbox"/> Cisto no ovário            | <input type="checkbox"/> Mioma                   | <input type="checkbox"/> Pólipo Endometrial     |
| <input type="checkbox"/> Dismenorreia   | <input type="checkbox"/> Infecção no trato urinário | <input type="checkbox"/> Infertilidade masculina | <input type="checkbox"/> Extração de vesícula   |

### DOENÇA HEMATOLÓGICA:

- |                                 |   |                                |  |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Icterícia obstrutiva | <input type="checkbox"/> Lúpus | <input type="checkbox"/> Distúrbios hemorrágicos |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--|

### IMMUNE SYSTEM:

- |                                 |   |   |   |
|---------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Doença Celíaca | <input type="checkbox"/> Síndrome de Fadiga Crônica | <input type="checkbox"/> Psoríase           |
| <input type="checkbox"/> ELA    | <input type="checkbox"/> Vitiligo       | <input type="checkbox"/> Artrite reumatoide         | <input type="checkbox"/> Esclerose múltipla |
| <input type="checkbox"/> HIV    | <input type="checkbox"/> AIDS           | <input type="checkbox"/> Esclerodermia              |   |

### MENTAL:

- |                                    |  |  |   |
|------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insônia   | <input type="checkbox"/> Alzheimer                 | <input type="checkbox"/> Autismo       | <input type="checkbox"/> Transtorno de personalidade esquizoide |
| <input type="checkbox"/> TOC       | <input type="checkbox"/> Problemas de Concentração | <input type="checkbox"/> TDAH          | <input type="checkbox"/> Transtorno Bipolar                     |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Depressão                 | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |   |

### OSTEOARTICULAR:

- |  |                                     |                                       |                                      |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia        | <input type="checkbox"/> Artrose    | <input type="checkbox"/> Osteoartrite | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Câimbras nas Pernas | <input type="checkbox"/> Raquitismo |                                       |                                      |

### OTORRINOLARINGOLOGIA:

- |                                    |   |                                |                                   |
|------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rinite    | <input type="checkbox"/> Laringite      | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Sinusite |
| <input type="checkbox"/> Gengivite | <input type="checkbox"/> Perda Auditiva |                                |                                   |

### RESPIRATÓRIO:

- |  |                                    |                                      |   |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Infecção respiratória | <input type="checkbox"/> Apneia    | <input type="checkbox"/> Asma        | <input type="checkbox"/> Doenças Pulmonares     |
| <input type="checkbox"/> Bronquite             | <input type="checkbox"/> Tonsilite | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Alergias respiratórias |
| <input type="checkbox"/> Fibrose Cística       |                                    |                                      |   |

