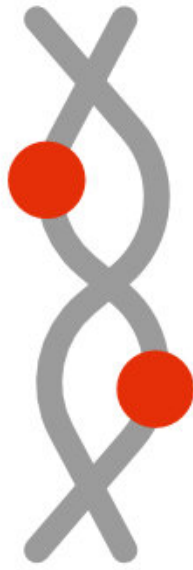


questionnaire



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

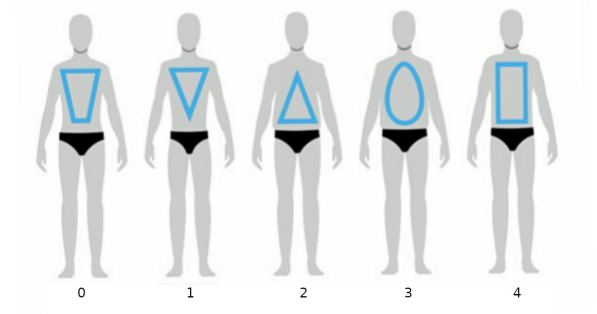
- None
- 0: Trapézio
- 1: Triângulo invertido
- 2: Triangular
- 3: Oval
- 4: Retangular

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

- Seleccionar uma opção
- Suave
- Moderada
- Intenso

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

* Você possui animais?

- Não
- Sim

* Pratica algum desporto?

- 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 | | | |

