

QUESTIONÁRIO

2024.4 ~

*Deve ser preenchido pela própria pessoa

Nome		Data de nascimento		Data de preenchimento	
------	--	--------------------	--	-----------------------	--

Marque o que se enquadra com .

• Marque o(s) sintoma(s) mais recente(s) que você teve.					
<input type="checkbox"/> Falta de apetite	<input type="checkbox"/> Dor de cabeça/sensação de peso na cabeça	<input type="checkbox"/> Azia	<input type="checkbox"/> Dor nos ombros/na região lombar	<input type="checkbox"/> Urinação frequente	<input type="checkbox"/> Inchaço
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Insônia	<input type="checkbox"/> Aperto no tórax	<input type="checkbox"/> Formigamento nas mãos/nos pés	<input type="checkbox"/> Sensação de urina residual	
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Tontura/vertigem	<input type="checkbox"/> Dor de barriga	<input type="checkbox"/> Cansaço/fadiga severa	<input type="checkbox"/> Nervosismo/mau humor	
<input type="checkbox"/> Tosse/catarro	<input type="checkbox"/> Muita sede	<input type="checkbox"/> Palpitação/falta de ar (na vida diária ou apenas ao andar)	<input type="checkbox"/> Pulsação irregular	<input type="checkbox"/> Falta de motivação/depressão	
• Você está em tratamento ou observação de uma doença atualmente? <small>(exceto hipertensão, diabetes e dislipidemia)</small>			• Você já teve alguma das seguintes doenças? <small>(histórico médico)</small>		
<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dislipidemia (Hiperlipidemia)
<input type="checkbox"/> Sim ()			<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Outra(s) ()

Nº	Pergunta	Alternativa	Resposta
1-3	Atualmente, você está tomando um dos medicamentos de "a" a "c"?		
1	a. Medicamento para baixar a pressão sanguínea	① Sim ② Não	
2	b. Medicamentos para baixar a glicemia ou injeções de insulina	① Sim ② Não	
3	c. Medicamentos para baixar o colesterol ou triglicérides	① Sim ② Não	
4	Você já foi diagnosticado ou recebeu tratamento para acidente vascular cerebral (hemorragia ou infarto cerebral, etc.)?	① Sim ② Não	
5	Você já foi diagnosticado ou recebeu tratamento para doença cardíaca (angina ou infarto do miocárdio, etc.)?	① Sim ② Não	
6	Você já foi diagnosticado ou está recebendo tratamento para doença renal crônica ou insuficiência renal?	① Sim ② Não	
7	Você já foi diagnosticado com anemia?	① Sim ② Não	
8	Atualmente, você tem o hábito de fumar cigarros? (*"Hábito de fumar atualmente" refere-se à uma pessoa que atende às duas condições seguintes: Condição 1: esteve fumando durante o último mês Condição 2: fumou mais de seis meses ou mais de 100 cigarros durante a vida toda)	① Sim (para ambas as condições 1 e 2) ② Estava fumando, mas não fumei no último mês (apenas a condição 2) ③ Não (nem a condição 1, nem a 2)	
9	Seu peso aumentou mais de 10 kg em relação ao que tinha aos 20 anos de idade.	① Sim ② Não	
10	Você tem praticado exercícios leves que o fazem suar por pelo menos 30 minutos por sessão, dois dias ou mais por semana, por pelo menos um ano?	① Sim ② Não	
11	Você faz pelo menos uma hora de caminhada ou atividade física equivalente por dia em sua vida diária?	① Sim ② Não	
12	Você caminha mais rápido em comparação com pessoas do mesmo sexo e da mesma idade?	① Sim ② Não	
13	Quando você mastiga ao se alimentar, qual das seguintes é a situação correspondente?	① Consigo comer qualquer coisa mastigando. ② Há um dente, uma parte da gengiva ou mordida desalinhada que dificulta a mastigação. ③ Praticamente não consigo mastigar.	
14	Você come mais rápido em comparação com outras pessoas?	① Mais rápido ② Normal ③ Mais devagar	
15	Você costuma jantar menos de duas horas antes de dormir, três ou mais vezes por semana?	① Sim ② Não	
16	Você consome lanches ou bebidas açucaradas além das três principais refeições do dia?	① Todos os dias ② Às vezes ③ Quase nunca	
17	Você deixa de tomar o café da manhã, três ou mais vezes por semana?	① Sim ② Não	
18	Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (saquê, shochu, cerveja ou vinho, etc.)? (*"Parei" refere-se a uma pessoa que tinha o hábito de consumir regularmente e que, recentemente, não tem consumido há mais de um ano.)	① Todos os dias ② 5 a 6 vezes por semana ③ 3 a 4 vezes por semana ④ 1 a 2 vezes por semana ⑤ 1 a 3 vezes por semana ⑥ 1 vez por mês ou menos ⑦ Parei ⑧ Não consumo (não posso beber)	
19	Quantidade de álcool consumida por dia, nos dias em que consome. Equivalente a um recipiente de saquê (180 ml com 15% de teor alcoólico): cerveja (500 ml/15%), shochu (110 ml/25%), vinho (180 ml/14%), uísque (60 ml/43%) ou lata de chuhai (500 ml/5% ou 350 ml/7%)	① Menos de 1 recipiente de saquê ② Entre 1 e 2 recipientes de saquê ③ Entre 2 e 3 recipientes de saquê ④ Entre 3 e 5 recipientes de saquê ⑤ Mais de 5 recipientes pequenos de saquê	
20	Você está conseguindo descansar o suficiente ao dormir?	① Sim ② Não	
21	Você pensa em melhorar seu estilo de vida, por meio de exercícios ou dieta?	① Não tenho intenção de melhorar ② Tenho intenção de melhorar (dentro de aprox. 6 meses) ③ Em breve (dentro de aprox. 1 mês) e já comecei a melhorar aos poucos ④ Já estou fazendo melhorias (há menos de 6 meses) ⑤ Já estou fazendo melhorias (há mais de 6 meses)	
22	Você já recebeu alguma orientação específica de saúde para melhorar seu estilo de vida?	① Sim ② Não	