

ESTRATIFICAÇÃO MULHER > = 40 ANOS

Nome Completo:			
RE / MASP do Titular:		Grau de Parentesco com Titular:	
Data de Nascimento: / /		Sexo: () Masculino () Feminino	
Telefone/Celular: ()		E-mail:	
Logradouro:		Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
Data do preenchimento do questionário : / /			
1 - A SRA PODE ME INFORMAR O SEU PESO E SUA ALTURA?			Assinale com (X)
INFORME SEU PESO EM VALOR			(EXEMPLO: 78) _____
INFORME SUA ALTURA EM VALOR			(EXEMPLO: 1,76) _____
2 - REALIZA EXERCÍCIOS FÍSICOS? QUANTAS VEZES POR SEMANA E DURANTE QUANTO TEMPO?			
1 - SIM, MAIS DE 3X/SEMANA, DURANTE MAIS DE 30 MINUTOS .			()
2 - SIM, 1 A 3X/SEMANA, DURANTE MENOS DE 30 MINUTOS.			()
3 - NÃO PRATICA OU PRATICA ESPORADICAMENTE.			()
3 - QUANTAS DOSES DE BEBIDA ALCOÓLICA A SRA COSTUMA TOMAR POR DIA?			
1 - NÃO BEBE OU BEBE 1 DOSE ESPORADICAMENTE.			()
2 - BEBE DE 1 A 2 DOSES DIÁRIAS.			()
3 - BEBE ACIMA DE 2 DOSES DIÁRIAS.			()
4 - A SRA FUMA?			
1 - NUNCA FUMOU OU PAROU HÁ MAIS DE 10 ANOS.			()
2 - DEIXOU DE FUMAR - PAROU ENTRE 1 DIA E 10 ANOS.			()
3 - É FUMANTE.			()
5 - A SRA TEVE OU TEM COLESTEROL ALTO?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
6 - TEM SE SENTIDO TRISTE OU DEPRIMIDO?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
7 - A SRA TEM OU TEVE ALGUM FAMILIAR, COMO PAIS, IRMÃOS OU FILHOS, COM DOENÇA CRÔNICA?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
8 - SE SIM, ESPECIFICAR A DOENÇA:			
1 - DIABETES			()
2 - HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA)			()
3 - DOENÇA CARDIOVASCULAR (COMO INFARTO, DERRAME)			()
4 - CÂNCER			()
9 - A SRA TEM PROBLEMA RESPIRATÓRIO?			
1 - NÃO TENHO			()
2 - TOSSE CRÔNICA E/OU FALTA DE AR			()
3 - ASMA			()
4 - BRONQUITE			()
5 - ENFISEMA			()
10 - A SRA JÁ RECEBEU O DIAGNÓSTICO DE AUMENTO DE AÇÚCAR NO SANGUE, DIABETES ?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
11 - A SRA TEM MUITA FOME, SEDE CONSTANTE E EMAGRECIMENTO ?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
12 - A SRA TEM PRESSÃO ALTA?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
13 - A SRA SOFRE DE PROBLEMA DO CORAÇÃO?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
14 - A SRA REALIZOU EXAME PREVENTIVO COM GINECOLOGISTA NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?			
1 - NÃO		()	2 - PAPANICOLAU ()
			3 - MAMOGRAFIA ()
15 - A SRA PRECISOU IR AO PRONTO SOCORRO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
16 - A SRA UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO REGULARMENTE? SE SIM, INFORME NA TABELA.			
1 - NÃO		()	2 - SIM ()
Medicamento	Motivo		