

ESTRATIFICAÇÃO GERAL (< 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 - O(A) SR(A) 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 O(A) SR(A) 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 - O(A) SR(A) 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 - O(A) SR(A) TEVE OU TEM COLESTEROL ALTO?			
1 – NÃO ()		2 – SIM ()	
6 - TEM SE SENTIDO TRISTE OU DEPRIMIDO(A)?			
1 – NÃO ()		2 – SIM ()	
7 - 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 - O(A) SR(A) TEM PROBLEMA RESPIRATÓRIO?			
1 - NÃO TENHO		()	
2 - TOSSE CRÔNICA E/OU FALTA DE AR		()	
3 – ASMA		()	
4 – BRONQUITE		()	
5 – ENFISEMA		()	
10 - O(A) SR(A) JÁ RECEBEU O DIAGNÓSTICO DE AUMENTO DE AÇÚCAR NO SANGUE, DIABETES ?			
1 – NÃO ()		2 – SIM ()	
11 - O(A) SR(A) TEM PRESSÃO ALTA?			
1 – NÃO ()		2 – SIM ()	
12- O(A) SR(A) SOFRE DE PROBLEMA DO CORAÇÃO?			
1 – NÃO ()		2 – SIM ()	
13 - O(A) SR(A) PRECISOU IR AO PRONTO SOCORRO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?			
1 – NÃO ()		2 – SIM ()	
14 - O(A) SR(A) UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO REGULARMENTE? SE SIM, INFORME NA TABELA.			
1 – NÃO ()		2 – SIM ()	
Medicamento	Motivo		