

# Questionário Revisão

## Medicina Integrativa e Holística

(se a última consulta foi há mais de 12 meses deve preencher o questionário de primeira consulta)

Nome:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_



naturena

### Relativamente à última consulta:

<b>Peso</b>	Mantive <input type="checkbox"/> Aumentei <input type="checkbox"/> Perdi <input type="checkbox"/> <b>Peso atual:</b>
<b>Exercício</b>	Nada <input type="checkbox"/> - Estou a fazer mais <input type="checkbox"/> Estou a fazer menos <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/>
<b>Fumar</b>	Não fumo <input type="checkbox"/> - Mais <input type="checkbox"/> Menos <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> <b>Quanto/dia?</b>
<b>Energia</b>	Mais energia <input type="checkbox"/> Menos energia <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/>

Tomou algum antibiótico desde a última consulta? Para que fim?

Fez alguma cirurgia? Fez alguma intervenção dentária? O que?

<b>Sono</b>	Durmo bem <input type="checkbox"/> Melhor <input type="checkbox"/> Pior <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> <b>Porque?</b>
<b>Digestão</b>	Melhor <input type="checkbox"/> Pior <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> <b>Porque?</b>

<b>Ingestão de água por dia?</b>	Mais <input type="checkbox"/> Menos <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/> <b>Quanto/dia?</b>
<b>Come sobremesa à refeição?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>O que?</b>
<b>Bebe à refeição?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>O que?</b>
<b>Quantas vezes por semana consome:</b>	Carne <input type="checkbox"/> Peixe <input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Marisco <input type="checkbox"/>
	Leite de vaca <input type="checkbox"/> Iogurte <input type="checkbox"/> Manteiga <input type="checkbox"/> Queijo <input type="checkbox"/>
	Café <input type="checkbox"/> Pão <input type="checkbox"/> Vinho <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/>

Fez mudanças na alimentação? Quais?

Comecei a comer:

Deixei de comer:

Que melhorias ocorreram desde a última consulta?

A nível de saúde, o que mais incomoda neste momento?

Medicação Habitual Farmacêutica			Suplementação / Vitaminas		
Nome <i>(Exemplo: Aspirina)</i>	Dose <i>(100mg)</i>	Frequência <i>(1x/dia)</i>	Nome <i>(Exemplo: C-Complex)</i>	Marca <i>(Sattvi)</i>	Frequência <i>(2x/dia)</i>

## Registo alimentar de 3 dias

Escolha um período em que alimentação seja exemplificativa do que consome habitualmente  
Sugestão: Tire fotografia às refeições pois pode ser útil para mostrar na consulta

<b>Dia 1</b>	Peq.-Almoço	
	Meio-Manha	
	Almoço	
	Meio-Tarde	
	Jantar	

<b>Dia 2</b>	Peq.-Almoço	
	Meio-Manha	
	Almoço	
	Meio-Tarde	
	Jantar	

<b>Dia 3</b>	Peq.-Almoço	
	Meio-Manha	
	Almoço	
	Meio-Tarde	
	Jantar	

Está habitualmente a comer algo após o jantar? O que ? \_\_\_\_\_