

Questionário 1ª consulta

Medicina Integrativa e Holística

Nome: _____

Data: ____ / ____ / 202__



naturena

Os dados recolhidos são confidenciais e apenas utilizados para fins clínicos na consulta.

Ao longo dos últimos 3 meses, **EM MÉDIA**, com que frequência/quantidade consumiu os seguintes alimentos?
(Se mudou recentemente os seus hábitos alimentares, responda segundo os **novos hábitos implementados**)

Pão	Branco, de forma, integral, broa, etc.	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	de Massa mãe	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
Farinhas	Bolachas	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Bolos	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
Laticínios e substitutos	Leite de vaca (com ou sem lactose)	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	logurte de vaca (com ou sem lactose)	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	logurte vegetal (soja, coco...)	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Manteiga (de vaca)	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Margarina ou Manteiga vegetal (Becel, flora, soja)	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Queijo (vaca, ovelha, cabra)	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
Enchidos/Salgados	Fiambre	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Croquetes, folhados	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
Fast-Food	Pizza / Hambúrguer Francesinha, etc.	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Ketchup / Maionese	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
Doces	Chocolate / Nutella	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Açúcar branco/mascavado	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Compota/Mel/Marmelada	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Manteiga amendoim	quantas vezes por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
Bebidas	Café (máquina, cápsula, pó)	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Descafeinado	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Vinho (copos ~ 20cl)	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Cerveja (garrafa 33cl)	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Bebidas Brancas (copos)	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
	Refrigerantes ou Sumos de fruta (em copos)	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____
Fruta tropical (banana, manga, papaia...)	quantas por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____	
Fruta local (maçã, pera, laranja..)	quantas por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____	
Frutos secos/gordos (nozes, amêndoas, avelã, caju)	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____	
Ovos (incluindo em sobremesas)	quantos por dia _____ ou semana _____ ou por mês _____	

- Que % dos alimentos que consome são biológicos? 0-25% 26-50% 51-75% +75%
- Tem alguma alergia ou intolerância alimentar? Quais: _____

Refeições



JEJUM - Toma algo? O quê?

PEQUENO-ALMOÇO - O que come habitualmente? (*preencher no espaço abaixo*)

Em que horário ___:___H

MEIO DA MANHÃ - O que come habitualmente? (*preencher no espaço abaixo*)

Em que horário ___:___H

ALMOÇO - Em que horário ___:___H

- Que % dos Almoços come em casa ou leva preparado de casa (0-100%): _____%
- Que % dos Almoços tem Sopa (0-100%): _____%
- Durante a semana (7 almoços) quantas vezes come **carne** ao almoço? _____
- Durante a semana (7 almoços) quantas vezes come **peixe** ao almoço? _____
- Durante a semana (7 almoços) quantas vezes come **ovos** ao almoço? _____
- Durante a semana (7 almoços) quantas vezes come **vegetariano** ao almoço? _____
- Que **cereais** consome habitualmente à refeição? (*assinale com + (muito); - (pouco) ou 0 (nunca)*)
Pão ___ | Arroz ___ | Batata branca ___ | Massa ___ | Arroz Integral ___ | Batata Doce ___
Couscous ___ Quinoa ___ | Millet ___ | Trigo Sarraceno ___ | Outros? Quais: _____
- Que % do prato é composto por **vegetais**? Pouco ou nada 1/4 do prato 1/3 50% ou mais
- Os vegetais são: Mais salada | Mais cozinhados | 50/50
- Come habitualmente **sobremesa** ou fruta no final da refeição? _____ O quê: _____

MEIO DA TARDE - O que come habitualmente? (*preencher no espaço abaixo*)

Em que horário ___:___H

JANTAR - Em que horário ___:___H

- Que % das refeições tem **Sopa ao jantar** (0-100%): _____
- A **quantidade de comida** ao jantar é: Mais que o almoço Igual ao almoço Menos que o almoço
- Come habitualmente **sobremesa** ou fruta no final da refeição? _____ O quê: _____
- Faz alguma **Ceia** ou levanta-se durante a noite para comer? O quê? _____
- **Qual o tipo de água que consome?** Engarrafada Torneira Filtrada Mina Poço
- **Que quantidade de água e chá bebe por dia:** < 0,5L 0.5-1L 1-1.5L 1.5-2L >2L
- **Bebe líquidos às refeições? O quê?** Água Vinho Refrigerantes Chá Nada
- **Petisca muito durante o dia?** _____ **Como é o seu apetite?** Pouco Normal Elevado
- **Com que velocidade come às refeições?** Rápido e mastigo pouco Normal Lentamente
- **Tem desejos por algum tipo de alimento/sabor?** _____

Hábitos de Vida e Sistemas do Corpo

pode assinalar várias opções se aplicável



naturena

Peso _____ Kg Que peso deseja? _____ Kg Altura _____. ____ m

Faz exercício físico (incluindo caminhadas)? _____

O quê _____ Quantas vezes/tempo por semana? _____

O quê _____ Quantas vezes/tempo por semana? _____

Fuma atualmente? _____ Quantos cigarros por dia _____ ou por mês _____ que marca? _____

Já foi fumador? _____ Quantos anos fumou no total? _____ Há quanto tempo deixou? _____

Como classifica o seu nível de energia no dia-dia de 0 a 10 ? _____

Tomou algum antibiótico nos últimos 3 anos? Para que fim? _____

Tomou muitos antibióticos quando era criança? Para que fim? _____

Tem Rinite ou Sinusite? Tem alergias respiratórias? A quê? _____

Fez quantas doses de vacina contra o COVID? _____ Teve alguma queixa? _____

Quantos dentes tem desvitalizados? com massa branca? com chumbo?

Tem implante/prótese dentária? _____ Tem Bruxismo? _____ Contenção? _____

Tem tatuagens? _____ Piercings? _____ Botox? _____ Procedimentos Estéticos? _____

Problemas cabelo: Muita queda Quebradiço Caspa Seco Oleoso Seborreia

As unhas das mãos são: Normais Frágeis Tem micoses nas unhas? Pés Mãos

Problemas de Pele: Seca Oleosa Acne Eczemas Rosácea Outro: _____

Sua/Transpira: Muito Normal Pouco O suor tem cheiro forte? _____

Tem animais domésticos ou contacto regular com animais? Quais: _____

Já viajou para algum país considerado tropical? Quais: _____

A que horas adormece? _____ A que horas se levanta de manhã? _____

Adormece facilmente? _____ Tem o sono leve ou profundo? Sonha muito?

O sono é reparador ou acorda cansado? Ressoa? _____ Tem apneia? _____

Tem alguns destes sintomas digestivos? Azia Refluxo Inchaço Arrota muito

Dores se não comer Dores depois de comer Náuseas/Enjoo Sonolência após almoço

O intestino funciona: quantas vezes por dia? _____ ou Quantas vezes por semana? _____

Consistência das fezes: Muito duro Bolinhas "Normal" Pastoso Diarreia

Tem muitos gases? _____ com cheiro ou sem cheiro? Tem ou já teve hemorroides?: _____

Tem período menstrual? _____ Usa: Pílula DIU Nenhum Outro: _____

Nº dias do ciclo completo (ex: 26-28) _____ Nº dias de menstruação (ex: 4-5) _____

Fluxo: Abundante Normal Pouco Tem coágulos? _____ Tem dores? _____

Se está na menopausa com que idade entrou? _____ Tem sintomas: _____

Quantas gestações? Nº de filhos Apetite sexual: Ausente Reduzido Normal

Tem candidíases frequentes? Tem Infeções urinárias recorrentes

Problemas de ereção: Não Sim O jacto urinário é: Normal Fraco

Acorda durante a noite para urinar? _____ Quantas vezes? _____

Apetite sexual: Ausente Baixo Normal

Mulher



Homem

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>

Tem dor em alguma região do corpo? Onde?	Já fez alguma cirurgia? em que ano? <i>(exemplo: Cesariana – 2020)</i>

Por ordem de importância quais são os problemas que mais o/a incomodam e que pretende resolver?

1 -		4 -	
2 -		5 -	
3 -		6 -	

Tem Diabetes? Hipertensão? Colesterol elevado? História de Depressão?

De 1 a 5 com que frequência sente as seguintes emoções/sensações

(1 = quase nunca | 2 = raramente | 3 = algumas vezes | 4 = frequente | 5 = quase sempre)

Tristeza Irritabilidade Medo Felicidade Paz Otimismo Pessimismo
 Ansiedade Abandono Mudanças de humor Stress no trabalho Stress em casa

Estou interessado em receber por e-mail informação sobre

Informações clínicas complementares à consulta

Cursos, workshops, palestras e retiros na Naturena

Informações e descontos referente ao Eco-hotel & Spa bio

Informações e descontos referente ao Restaurante e Loja Biológica da Naturena

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais pela Naturena para efeitos de divulgação de produtos, serviços, eventos e promoções de acordo com a Política de Proteção de Dados que se encontra disponível para consulta em www.naturena.pt/politicadeprivacidade. Compreendo que a qualquer momento posso anular a subscrição, pessoalmente ou através de email.



naturena

Data: ___/___/20__

Assinatura: _____