

Questionário

Dados Pessoais

Nome		Data de Nascimento					
Sexo		Estado Civil	RG	CPF			
Endereço		Bairro			Cidade	UF	
CEP	Telefone	E-mail		Nacionalidade		Profissão	Cargo
Empresa							

01. Fumante? Não Sim Há _____ anos.
_____ cigarro / dia
_____ cachimbo / dia
_____ charuto / dia

02. Parou de fumar há _____ anos. Fumou durante _____ anos.

03. Ingere bebidas alcóolicas?

- Não
 Diariamente
 3 x semana
 Fins de semana

04. Peso atual _____ kg. Altura Atual _____.

05. Opção Sexual? Heterossexual Homossexual

06. Pratica esporte / atividade física?

- Não
 1 x semana
 2 x semana
 3 x semana ou mais

Quais? _____

07. Submeteu a cirurgia? Não Sim

Quais? _____

08. Usa medicamentos com frequencia? Não Sim

Quais? _____

09. Nos últimos 12 meses, seu peso?

- Aumentou
 Diminuiu
 Manteve Estável

10. Hábito Intestinal

- Bom
 Regular
 Péssimo

11. Na sua família, alguém já teve câncer? Não Sim

Quem? _____

12. Em que parte do corpo: _____

Questionário

Assinale os problemas que tem ou teve:

- 13. Anemia
- 14. Hemorragias
- 15. Febre reumática
- 16. Diabete
- 17. Tuberculose
- 18. Bronquite
- 19. Alergias
- 20. Gota úrica
- 21. Hérnia inguinal/umbelical
- 22. Doença de tireóide
- 23. Nefrite
- 24. Pedra nos rins/ cólica renal
- 25. Glaucoma
- 26. Catarata
- 27. Hepatite
- 28. Perda de peso recente sem motivo
- 29. Moléstia de pele, unhas, cabelo
- 30. Perda progressiva da visão
- 31. Dor nos olhos
- 32. Problema auditivo em parente
- 33. Vertigens e Tonturas
- 34. Perda de audição, zumbidos
- 35. Espirros, nariz obstruído, secreção nasal
- 36. Alteração do olfato
- 37. Dor de garganta
- 38. Mau hálito
- 39. Engasgos, rouquidão
- 40. Pressão alta
- 41. Dor no peito (com esforços, emoções)
- 42. Disparo do coração sem motivo
- 43. Varizes
- 44. Câibras
- 45. Dor nas pernas ao caminhar

- 46. Muita sede, bebe muito líquido
- 47. Perda de apetite
- 48. Enjôo, náuseas, vômito
- 49. Dificuldade para engolir
- 50. Azia freqüente
- 51. Sente-se "estufado" após a alimentação
- 52. Diarréia freqüente
- 53. Diarréia com fezes pretas ou com sangue
- 54. Não evacua durante vários dias
- 55. Hemorróidas
- 56. Cólicas abdominais
- 57. Doença do fígado ou vesículas
- 58. Dor, inflamação ou inchaço nas juntas
- 59. Doença venérea
- 60. Urina com sangue ou pus
- 61. Dificuldade para começar a urinar
- 62. Esvaziamento lento da bexiga
- 63. Acorda para urinar todas as noites
- 64. Dor, ardor ou queimação para urinar
- 65. Problema sexual
- 66. Dores de cabeça frequente
- 67. Desmaios, mal súbito ou convulsões
- 68. Doença neurológica
- 69. Insônia
- 70. Irritação frequente
- 71. Nervosismo
- 72. Ansiedade
- 73. Depressão
- 74. Sonolência excessiva
- 75. Paralisia
- 76. Outras doenças:
- _____
- _____

Assinale os problemas que tem ou teve:

	Mãe	Pai	Avós	Tios	Irmãos
77. Angina, enfarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Outras doenças do coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Morte súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Asma, bronquite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Colesterol, triglicérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Ácido úrico ou gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Cálculo de vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Cálculo renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Cirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Doença da tireóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário

Para o sexo feminino

- 95. Presença de nódulo nas mamas
 - 96. Saída de secreção pelos mamilos
 - 97. Doença dos ovários, útero, genitais
 - 98. Perda de urina aos esforços
 - 99. Dor às relações sexuais
 - 100. Primeira menstruação após 15 anos
 - 101. Fraqueza, tensão ou mal-estar na menstruação
 - 102. Menstruações irregulares
 - 103. Menstruações dolorosas
-
- 104. Perda de sangue fora do período menstrual
 - 105. Primeira gravidez, após 25 anos
 - 106. Complicação na gravidez
 - 107. Aborto
 - 108. Parto prematuro
 - 109. Parto operatório (cesariana)
 - 110. Última menstruação há mais de um ano
 - 111. Ondas de calor e suor