

NOME/ID:

DATA:

Peso atual: \_\_\_\_\_  kg  lbs      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

Altura: \_\_\_\_\_  feet/inches  cm

\*Índice de Massa Corporal (IMC): \_\_\_\_\_ \*a ser calculado pelo clínico

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

Glicose em jejum: \_\_\_\_\_  mmol/L  mg/dl      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

HbA1c: \_\_\_\_\_ %      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

Estamos interessados nas suas próprias crenças sobre a sua saúde. NÃO estamos interessados no que os outros acreditam ou podem desejar que você acredite.

Indique se teve alguma das seguintes experiências relacionadas com a saúde, lendo as perguntas e marcando  Sim ou Não.

	Sim	Não
A) Tem regularmente dificuldade em respirar, especialmente com movimento (ou seja, caminhar, correr, subir escadas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Tem regularmente dificuldade em dormir à noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Acorda regularmente a sufocar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Sente-se regularmente fatigado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Sente-se regularmente em baixo ou deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Evita estar perto de outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Tem regularmente dores e desconfortos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Tem frequentemente dor no peito, especialmente com movimento (ou seja, caminhar, correr, subir escadas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) Às vezes perde o controlo da bexiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Outro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu 'NÃO' a TODAS as perguntas acima, por favor, passe para a próxima página.

Se respondeu 'SIM' a alguma das perguntas acima, indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, com a seguinte afirmação, circulando o número apropriado, tendo em conta as suas experiências relacionadas com a sua saúde.

1) As minhas experiências devem-se ao facto de estar com excesso de peso ou obeso.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo  
totalmente

Discordo  
moderadamente

Discordo  
ligeiramente

Não tenho a  
certeza

Concordo  
ligeiramente

Concordo  
moderadamente

Concordo  
totalmente

Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda neste momento com cada uma das seguintes afirmações, circulando o número apropriado.

2) Eu tenho um excesso de gordura corporal.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

3) Eu PRECISO fazer ou manter mudanças saudáveis no estilo de vida para melhorar minha dieta e/ou ajustar a quantidade de exercício que faço.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

4) Estou com um peso saudável.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

5) Posso continuar com segurança o meu estilo de vida atual (ou seja, alimentação e exercício como faço atualmente).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

6) O meu peso já causou ou pode causar consequências negativas para a saúde (por exemplo, colesterol alto, hipertensão, diabetes, doença cardíaca, depressão, etc.).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

7) Estou com excesso de peso ou sou obeso/a (ou seja, Índice de Massa Corporal superior a 25 = excesso de peso; Índice de Massa Corporal superior a 30 = obeso/a).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

8) Preciso de tratamento para perda de peso.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

**FIM**