

espaço Mais saúde

Olá! Somos do Espaço Mais Saúde – PLAMHUV. Gostaríamos de conhecer mais a seu respeito para que o nosso time de saúde possa acompanhar o cuidado da melhor forma.

Lembre-se: mantenha sempre sua saúde em dia!

1. NOME COMPLETO: _____

2. EMPRESA: _____

3. PESO: _____ IMC _____ (cálculo realizado pelo profissional médico)

4. ALTURA: _____

5. IDADE:

() ATÉ 17 ANOS () 18 A 24 ANOS () 25 A 35 ANOS () 36 A 50 ANOS () MAIS DE 50 ANOS

6. ESCOLARIDADE:

- () ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
- () ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
- () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
- () ENSINO MÉDIO COMPLETO
- () ENSINO SUPERIOR / GRADUAÇÃO
- () PÓS GRADUAÇÃO / MESTRADO / DOUTORADO

7. VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE OU DOENÇA? PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO: () SIM () NÃO

- () PRESSÃO ALTA (HIPERTENSÃO ARTERIAL)
- () DIABETES (AÇUCAR ALTO)
- () COLESTEROL ALTO
- () DOENÇA RENAL
- () PROBLEMAS NA TIREOIDE (HIPO OU HIPERTIREOIDISMO)
- () NÃO SEI / NÃO TENHO NENHUM PROBLEMA DE SAÚDE
- () OUTROS. QUAL?

8. VOCÊ FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO TODO DIA OU DE USO CONTÍNUO?

- () NÃO
- () SIM. QUAIS MEDICAÇÕES?

9. JÁ REALIZOU ALGUM TIPO DE CIRURGIA OU JÁ ESTEVE INTERNADO?

() NÃO

() SIM. QUAL OU MOTIVO?

10. TEM HISTÓRIA DE ALGUM TIPO DE CÂNCER?

() NÃO

() SIM, NA FAMÍLIA

() SIM, TENHO OU JÁ TIVE CÂNCER. EM QUAL PARTE DO CORPO?

11. VOCÊ REALIZA ALGUMA CONSULTA DE ROTINA PARA CUIDAR DA SAÚDE?

() NÃO

() SIM

12. QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA DE ROTINA?

() HÁ MENOS DE 1 ANO

() HÁ MAIS DE 1 ANO E MENOS DE 3 ANOS

() HÁ MAIS DE 3 ANOS

() NUNCA FIZ

13. VOCÊ REALIZA EXAMES DE SANGUE DE ROTINA?

() HÁ MENOS DE 1 ANO

() HÁ MAIS DE 1 ANO E MENOS DE 3 ANOS

() HÁ MAIS DE 3 ANOS

() NUNCA FIZ

14. VOCÊ FUMA? () SIM () NÃO

() SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA? _____

15. INGERE BEBIDA ALCOÓLICA? () SIM () NÃO

() SE SIM, PERIODICIDADE? _____

16. PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA? () SIM () NÃO

() SE SIM, QUAL ATIVIDADE E QUANTAS VEZES POR SEMANA?

17. ALIMENTA QUANTAS VEZES POR DIA? _____

18. CONSIDERA SEUS HÁBITOS ALIMENTARES SAUDES? () SIM () NÃO

19. POSSUI ALGUMA ALERGIA?

() MEDICAMENTOS () ALIMENTAR () OUTROS _____ () NÃO

SOMENTE PARA HOMENS:

14. QUANDO FOI O ULTIMO EXAME DE PSA? (Homens com idade a partir dos 45 anos)

- () HÁ MENOS DE 1 ANO
() HÁ MAIS DE 1 ANO E MENOS DE 3 ANOS
() HÁ MAIS DE 3 ANOS
() NUNCA FIZ

15. QUANDO FOI O ULTIMO EXAME DE TOQUE RETAL? (Homens com idade a partir dos 45 anos)

- () HÁ MENOS DE 1 ANO
() HÁ MAIS DE 1 ANO E MENOS DE 3 ANOS
() HÁ MAIS DE 3 ANOS
() NUNCA FIZ

OBSERVAÇÃO: Para homens a partir dos 40 anos para aqueles da raça negra ou que têm histórico de câncer de próstata na família. **Portanto atentar para a pergunta nº 10.**

SOMENTE PARA MULHERES:

16. QUANDO FOI O ULTIMO EXAME DE PREVENTIVO (PAPANICOLAU)?

- () HÁ MENOS DE 1 ANO
() HÁ MAIS DE 1 ANO E MENOS DE 3 ANOS
() HÁ MAIS DE 3 ANOS
() NUNCA FIZ

17. QUANDO FOI O ULTIMO EXAME DE MAMOGRAFIA? (mulheres com idade de 40 anos a 69 anos)

- () HÁ MENOS DE 1 ANO
() HÁ MAIS DE 1 ANO E MENOS DE 3 ANOS
() HÁ MAIS DE 3 ANOS
() NUNCA FIZ

OBSERVAÇÃO: Atentar para a questão nº 10 para realizar a pergunta fora da faixa etária.

18. ESCREVA SE VOCÊ ACHAR NECESSÁRIO NOS DIZER MAIS ALGUMA COISA SOBRE SUA SAÚDE:
