

Formulário – Teste Idade da Saúde

Nome: _____ Idade: _____ RG: _____
End.: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____
Sexo: M() F() Data Nascimento: ____/____/____ Ass: _____

Informações Necessárias

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Raça:

- Caucasiano
- Afrodescendente
- Asiático
- Índio

Sono por noite:

- Menos de 6 horas
- 6-7 horas
- 7-8 horas
- 8-9 horas
- Mais de 9 horas

Glicemia:

- Abaixo de 70
- Entre 71 a 110
- Acima de 110

Pressão Arterial:

- Abaixo de 110/60-80
- 110-130/60-80
- 130-150/80-90
- 150-170/90-100
- Acima de 170-100

Fumante?

- Nunca fumou
- Parou mais de 10 anos
- Parou menos de 10 anos
- Fumante passivo
- Ocasionalmente
- 1 maço de cigarro por dia
- 2 ou mais maços de cigarro por dia

Peso: _____ Altura: _____ IMC (veja o resultado do teste)

(menos de 20 → Muito abaixo do peso)
(entre 20-25 → Abaixo do peso ideal)
(entre 26-40 → Peso Ideal para sua altura)
(entre 41-50 → Acima do peso Ideal)
(mais de 50 → Obesidade)

Stress:

- Sem stress
- Raramente estressado
- Frequentemente estressado
- Constantemente estressado

Atividades Físicas:

- 60 min. por dia
- 30 min. por dia
- 20 min. por dia
- 10 min. por dia
- Sedentário

Diabetes:

- Sem problema ou caso familiar
- Hipoglicemia controlada (glicemia baixa)
- Hipoglicemia e caso familiar
- Diabetes leve (uso dieta e exercícios)
- Diabetes (uso de insulina)

Medicamentos:

- Raramente uso
- Sem medicamentos, às vezes aspirina
- Uso aspirina com frequência, ou outros remédios
- Uso regular de medicamentos
- Uso regular de medicamentos fortes

Desjejum:

- Diariamente
- As vezes
- Nunca

Refeições regulares por dia:

- Irregular
- 2
- 3 ou mais
- Como até me fartar

Frutas e vegetais:

- Diariamente
- As vezes
- Raramente
- Nunca

Álcool

- Nunca
- Não bebo mais
- 1 dose diariamente
- 2 doses diariamente
- 3-6 doses diariamente
- Mais de 6 doses diariamente