|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| **Numero de telefone** |  |
| **Endereco de email** |  |
| **Morada** |  |
| **Data de Nascimento** |  |
| **Emprego (historia)** – Se trabalha, o que faz? Se nao, uma breve historia do que fez. Exemplo– “30 anos a trabalhar sentado/a” |  |
| **Atividades** – Caminhar, corer, ginasio, jardinagem etc. Atual ou atividades passadas, alguma coisa que possa afetar a forma como usa o seu corpo. |  |
| **Saude geral** – boa, ma e porque? Algum problema de saude sistemica |  |
| **Dormir –** Dorme bem? De frente ou de costas? |  |
| **Alguma historia de acidentes?**  Acidentes de transito, quedas…  Se sim, datas por favor: |  |
| **Alguma historia de lesoes?** Fraturas, entorces, luxacoes…  Se sim, datas por favor: |  |
| **Alguma doenca que tenha involvido medicacao de longo termo e hospitalizacao?**  Se sim, qual e datas por favor: |  |
| **Alguma operacao?**  Se sim, qual e datas por favour: |  |
| **Alguma vez foi diagnosticado com osteoporose ou osteopenia?**  Se sim, datas por favor: |  |

**Saude cardiovascular**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Tem hipertensao ou cholesterol elevado?** |  |  |  |
| **Tem arterosclerose?** |  |  |  |
| **Alguma vez teve um AVC (acidente vascular cerebral) ou AIT (acidente isquemico trasitorio)?** |  |  |  |
| **Alguma vez teve/tem uma doenca cardiac?** |  |  |  |
| **Sofre de dor no peito quando em esforco?** |  |  |  |
| **Tem palpitacoes?** |  |  |  |
| **Tem bradicardia (respiracao acelarada)?** |  |  |  |
| **Tem dor nas pernas quando caminha?** |  |  |  |
| **Tem alguma outra doenca cardiovascular?** |  |  |  |

**Problemas repiratorios**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Tem asma?** |  |  |  |
| **E’ fumador?** |  |  |  |
| **Tem alguma outra doenca respiratoria** |  |  |  |

**Saude neurologica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Alguma vez teve um ataque epilético?** |  |  |  |
| **Desmaiou no ultimo ano?** |  |  |  |
| **Sente fraqueza ou tonturas regularmente ou outra distorfia sensorial?** |  |  |  |
| **Tem dores de cabeca frequentes, enchaquecas?** |  |  |  |
| **Sofre de vertigens ou tonturas?** |  |  |  |
| **Tem algum outro problemas neurologico?** |  |  |  |

**Saude gastrointestinal/dieta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **A sua dieta e’ limitada – Evita algumas comidas** |  |  |  |
| **Tem dores abdominais frequentes ou esta neste momento a sentir uma dor abdominal** |  |  |  |
| **Tem prisao de ventre ou diarreia frequentes ou esta neste momento com estes sintomas** |  |  |  |
| **Tem algum outro problemas gastroentestinal?** |  |  |  |

**Alergias**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Tem algum tipo de alergia** |  |  |  |

**Dermatologia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Tem algum tipo de queixa como exzema ou psoríase?** |  |  |  |

**Endocrinologia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Tem algum problema de tiroide, glandula adrenal ou diabetes? Tem algum outro problema hormonal?** |  |  |  |

**Reproductive Health**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Os seus periodos menstruais sao abundantes, irregulars ou dolorosos?** |  |  |  |
| **A sua funcao eretil tem sido reduzida recentemente?** |  |  |  |
| **Tem outro problema de saude sexual?** |  |  |  |
| **Esteve gravida?** |  |  |  |
| **Teve cesariana?** |  |  |  |

**Funcao urinaria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Tem dificuldades em iniciar a mixao (urinar)?** |  |  |  |
| **Sente dificuldade em terminar de urinar ou esvaziar completamente a bexiga?** |  |  |  |
| **Sente dor ao urinar?** |  |  |  |
| **I have difficulty holding my urine**  **Tem dificuldade em segurar a sua urina?** |  |  |  |
| **Tem alguma outra disfuncao renal/urinaria?** |  |  |  |

**Historia familiar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe** |
| **Tem conhecimento de algum problema genetico familiar que possa levar a uma morte ou incapacidade precorce** |  |  |  |

**Other**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** | **Nao** | **Se sim, por favor, detalhe incluindo datas e medicacao** |
| **Tem outro problema de saude nao abordado neste questionario** |  |  |  |