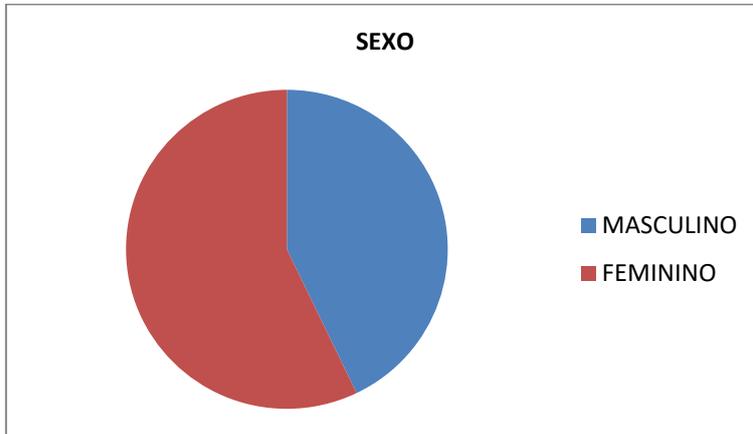


QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE (PRELIMINAR)

1 – SEXO:

MASCULINO - 25

FEMININO – 35



2 – MARQUE ABAIXO QUAIS DOENÇAS VOCÊ APRESENTA ATUALMENTE

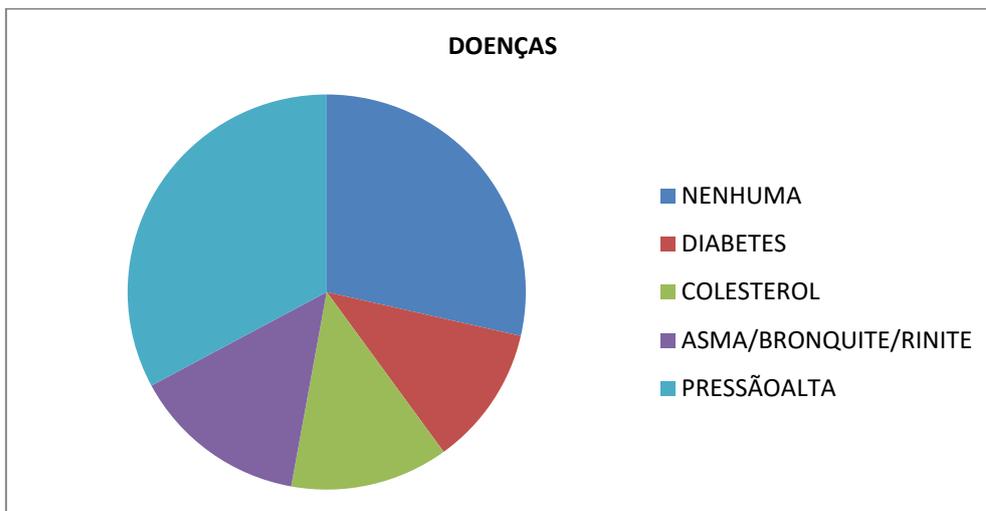
NENHUMA - 20

DIABETES - 8

COLESTEROL - 9

ASMA/BRONQUITE/RINITE - 10

PRESSÃOALTA - 13



3- ALÉM DESSAS VOCÊ APRESENTA ALGUMAS DESSAS OUTRAS DOENÇAS?

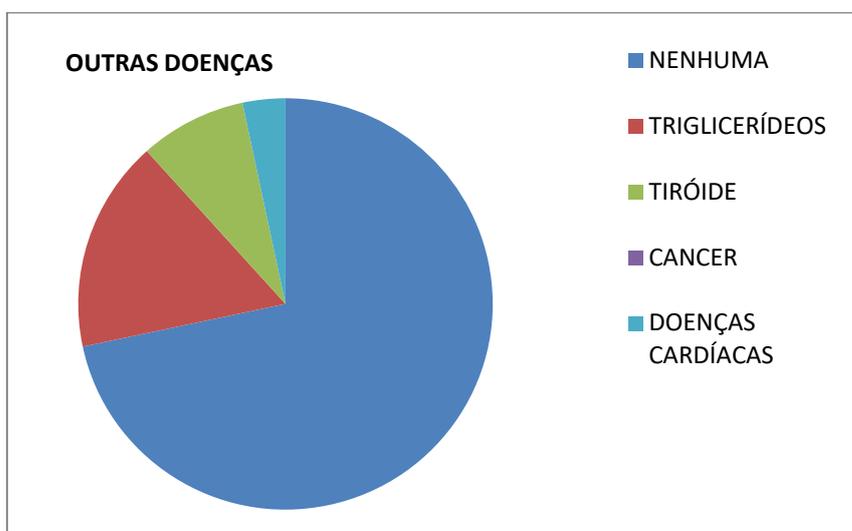
NENHUMA - 43

TRIGLICERÍDEOS - 10

TIREOIDE - 5

CANCER - 0

DOENÇAS CARDÍACAS - 2



4- SEUS FAMILIARES FALECERAM OU SOFREM DESSAS DOENÇAS?

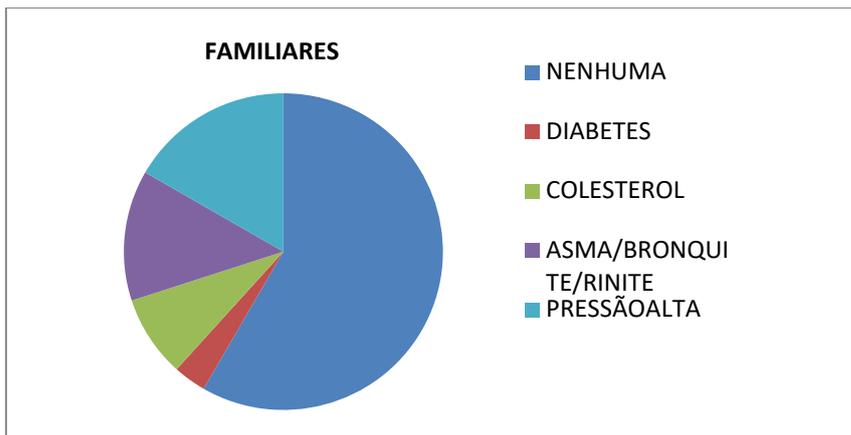
NENHUMA - 35

DIABETES - 10

COLESTEROL - 5

ASMA/BRONQUITE/RINITE - 8

PRESSÃOALTA – 2



5 - SEUS FAMILIARES FALECERAM OU SOFREM DESSAS OUTRAS DOENÇAS?

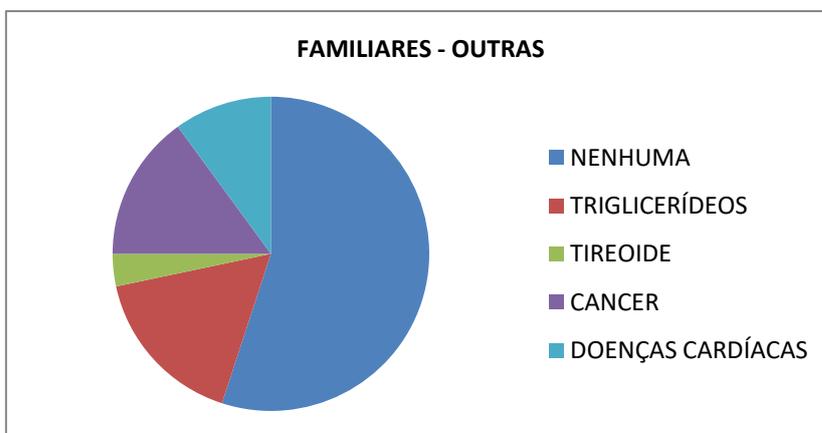
NENHUMA - 33

TRIGLICERÍDEOS - 10

TIREOIDE - 2

CANCER - 9

DOENÇAS CARDÍACAS - 6



6 – MARQUE OS LOCAIS ONDE VOCÊ APRESENTA DESCONFORTO/DOR:

NENHUMA

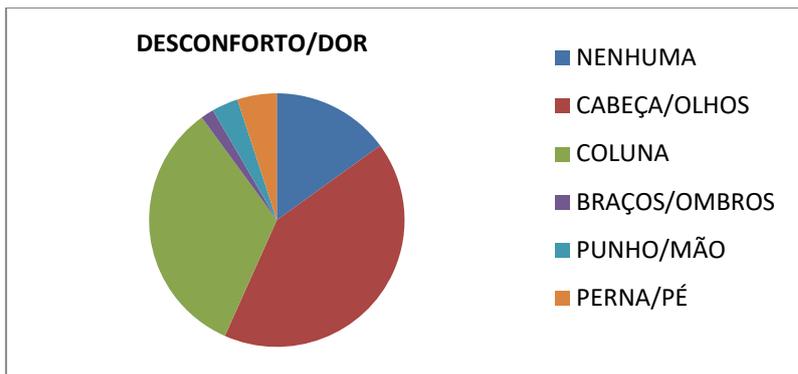
CABEÇA/OLHOS

COLUNA

BRAÇOS/OMBROS

PUNHO/MÃO

PERNA/PÉ



7 – COMO ESTÁ SUA SAÚDE ATUAMENTE?

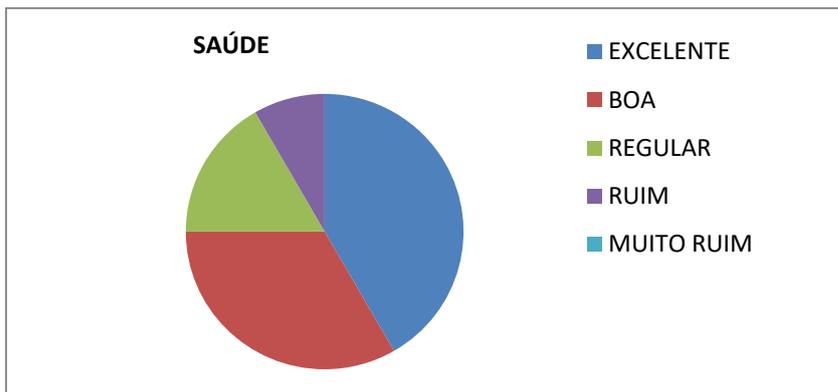
EXCELENTE - 25

BOA - 20

REGULAR - 10

RUIM - 5

MUITO RUIM - 0



8 – COMO VOCÊ CONSIDERA A QUALIDADE DO SEU SONO?

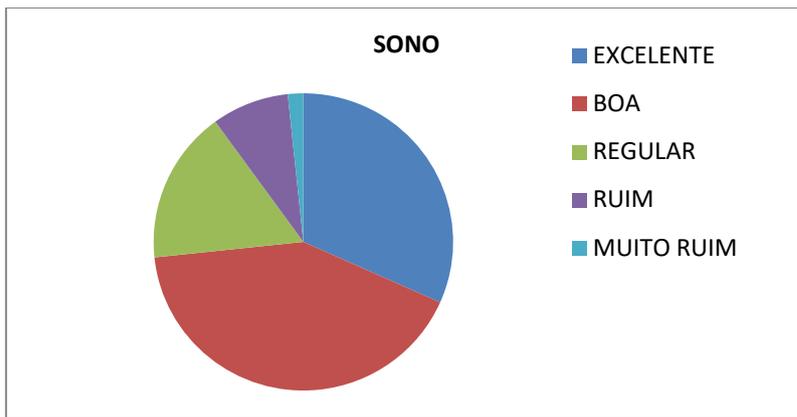
EXCELENTE -19

BOA - 25

REGULAR - 10

RUIM - 5

MUITO RUIM - 1



9 – VOCÊ PRATICA EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARMENTE?

MUITO FREQUENTEMENTE - 1

FREQUENTEMENTE - 5

RARAMENTE - 10

ÀS VEZES - 19

NUNCA - 25



10 – COMO VOCÊ AVALIA SUA QUALIDADE DE VIDA

EXCELENTE - 12

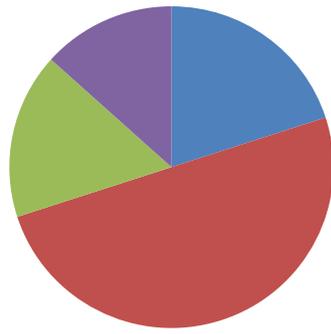
BOA - 30

REGULAR - 10

RUIM - 8

MUITO RUIM - 0

QUALIDADE DE VIDA



- EXCELENTE
- BOA
- REGULAR
- RUIM
- MUITO RUIM