

# AUTOAVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR

Herbalife

O nosso estilo de vida e opções alimentares afetam o nosso bem-estar. É possível fazer grandes mudanças com pequenas ações no seu dia a dia, começando por identificar seus objetivos pessoais e fazendo escolhas mais saudáveis. Esta autoavaliação pode ajudá-lo neste processo.

Data	Idade	Peso (kg)	Altura (m)
------	-------	-----------	------------

## Histórico de Problemas Alimentares

### PERGUNTAS

	Sim	Não	
Alimentação Saudável	1. Você consome alimentos saudáveis em todas as refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Em suas refeições você dá preferência à carne de aves, carne magra, peixes e proteínas vegetais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Você ingere frutas e legumes coloridos pelo menos 5 vezes ao dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Em seu dia a dia costuma consumir cereais integrais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Você costuma consumir peixe pelo menos 3 vezes na semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Você sempre faz um café da manhã completo com alimentos saudáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Você tem um consumo regular de água todos os dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Você evita bebidas gaseificadas e açucaradas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Você costuma fazer lanches saudáveis durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Você utiliza suplementos nutricionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estilo de Vida	11. Você pratica exercícios físicos regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Você costuma ter tempo para fazer refeições equilibradas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Você se alimenta nos horários corretos sem pular refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Você costuma ter energia e disposição para cumprir seus desafios diários?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Você se imagina com 80 anos com saúde e disposição?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Seu comportamento é mais calmo do que estressado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Você evita "beliscar" durante o dia quando estressado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não	
Controle de Peso	18. Você já fez dietas de controle de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Você acha fácil manter o peso que deseja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. Você está feliz com o seu corpo e seu peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. Já fez algum tipo de acompanhamento com nutricionista, terapeuta ou coaching?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Suas roupas da sua melhor versão ainda servem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quanto tempo acha que levaria para chegar ao seu peso desejado?  
(lembre-se que os especialistas recomendam reduzir no máximo 4 quilos ao mês)

Quais são seus objetivos pessoais?

Reduzir peso	Ganhar peso	Manter seu peso para sempre	Ter uma vida mais saudável
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros:

Quanto você está disposto a investir mensalmente para melhorar o seu estilo de vida?

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

Agora que completou a sua autoavaliação, você está mais perto de atingir suas metas de bem-estar. Assinale abaixo quantos SIM e NÃO você respondeu em cada área e reflita por qual você pode começar sua mudança.

Alimentação Saudável	Estilo de Vida	Controle de Peso
Sim Não	Sim Não	Sim Não
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Se você respondeu SIM para a maioria das questões, parabéns, você já tem um estilo de vida bem saudável!  
Se você respondeu NÃO para a maioria das questões, certamente não está contente com seu atual estilo de vida. Este pode ser o momento para a mudança e os produtos da Herbalife podem ajudá-lo a iniciar este processo.

\*Este questionário é apenas uma autoconscientização e não é uma avaliação (anamnese) médica ou nutricional. Não se propõe a diagnosticar qualquer patologia ou condição associada. Para uma avaliação nutricional ou de saúde, procure um médico ou nutricionista.

## AUTOAVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Resultado da Autoavaliação:

Alimentação Saudável  Estilo de Vida  Controle de Peso

