

Data

Idade

Peso (kg)

Altura (m)

Objetivo de saúde

PERGUNTAS

	Sim	Não	
Alimentação Saudável	1. Consome alimentos saudáveis em todas as refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Em suas refeições, dá preferência à carne de aves, carne magra, peixes e proteínas vegetais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Ingere frutas e legumes coloridos pelo menos 5 vezes ao dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Faz um café da manhã completo com alimentos saudáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Tem um consumo regular de água todos os dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Evita refrigerantes/bebidas açucaradas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Costuma fazer lanches saudáveis entre as refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Utiliza suplementos nutricionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estilo de Vida	9. Pratica exercícios físicos regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Se alimenta nos horários corretos sem pular refeições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Costuma sentir fome entre as refeições principais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Tem energia e disposição para realizar suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Passa muitas horas em frente as telas? (celular, televisão, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Costuma ter boas noites de sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Se imagina com 80+ anos com saúde e disposição?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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.

	Sim	Não	
Incômodos e necessidades	16. Falta de força e tônus muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Ganho ou perda de peso sem causa aparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. Problemas de visão (ex. miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Perda de memória ou problemas relacionados a cognição (atenção, raciocínio, aprendizado etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. Problemas relacionados à saúde óssea (osteoporose, osteopenia etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. Doenças e viroses frequentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Dores e incômodos como: costas, ombros, joelhos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O que você está buscando? (Marque todos que se aplicam)

Reduzir peso	<input type="checkbox"/>
Manter o peso	<input type="checkbox"/>
Longevidade e envelhecimento saudável	<input type="checkbox"/>
Melhorar hábitos e ter mais disposição	<input type="checkbox"/>

Outros comentários sobre seu bem-estar geral:

Numa escala, quanto você estaria disposto a melhorar 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

Sim Não

Estilo de Vida

Sim Não

Incômodos e Necessidades

Sim Não

Informações de contato:

Nome Completo:

E-mail:

Telefone: ()

Data de Nascimento:

TABELA DE AUTOAVALIAÇÃO			IMC = Peso (BMI) Altura X Altura	FAT	Muscle	VISC. FAT	RM	Body Age
Acompanhamento	Data	Peso	Índice de Massa Corpórea	% Gordura Corporal	% Músculos	Gordura Visceral	Metabolismo em Repouso	Idade Biológica
1º Dia								
5º Dia								
15º Dia								
1º Mês								
2º Mês								
3º Mês								

Observações:

OUTRAS EVOLUÇÕES (em uma escala de 0 a 10):

Acompanhamento	Energia e disposição	Visão	Memória e cognição	Imunidade
15º Dia				
1º Mês				
2º Mês				
3º Mês				
6º Mês				
1 Ano				

Observações:

INDICAÇÕES PARA AUTOAVALIAÇÃO

Nome	Telefone/WhatsApp