

QUESTIONARIO DE RESPOSTA OBRIGATORIA

1. INFORMAÇÕES GERAIS

- 1.1. Ficou isento do serviço militar?
Em caso afirmativo, porquê?
- 1.2. Tem conhecimento de algo que possa significar imperfeição do seu estado de saúde ?
- 1.3. Fez algum check-up há menos de 3 anos ?
Qual o resultado ?
- 1.4. Recebe alguma subvenção (pensão ou seguro) por razões de saúde?
Porquê ?
- 1.5. Teve alguma baixa superior a três semanas nos últimos anos? Ano
Porquê ?
- 1.6. Tem alguma deficiência física (congénita ou adquirida)?
Em caso afirmativo, especifique.
- 1.7. Tem algumas alergias (ácaros, pólen, sol, medicamentos, alimentos, pó) ?
- 1.8. Foi vítima de qualquer acidente ou doença que originasse internamento hospitalar?
Em caso afirmativo, em que data(s) e motivo(s).
- 1.9. Já foi submetida a alguma intervenção cirúrgica ?
Em caso afirmativo, especifique.
- 1.10. Prevê vir a submeter-se a alguma intervenção cirúrgica ?
Em caso afirmativo, especifique.
- 1.11. Realizou tratamentos de radioterapia ou quimioterapia? Ano
- 1.12. Já efectuou algum seguro de saúde?
Em que Companhia? Nº da Apólice
- 1.13. Teve algum seguro de saúde recusado?
E aceite, mas agravado ?
Em caso afirmativo, em que data(s) e motivo(s).

PESSOA SEGURA 1	PESSOA SEGURA 2	PESSOA SEGURA 3	PESSOA SEGURA 4	PESSOA SEGURA 5
sim não	sim não	sim não	sim não	sim não
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. HÁBITOS

- 2.1. Consultou algum médico nos últimos 6 meses ?
Qual o motivo?
- 2.2. Faz alguma dieta ou regime alimentar particular?
Porquê?
- 2.3. Recorre a medicamentos continuada ou frequentemente?
Se sim, indique quais e porquê.
- 2.4. Utiliza as chamadas medicinas tradicionais?
Em caso afirmativo quais as razões.
- 2.5. Por dia bebe mais de 2 copos de vinho, 2 cervejas ou 1 digestivo ?
Se sim, indique a natureza e a quantidade diária.
- 2.6. Fuma ou fumou?
Se sim, indique o tipo (cigarros, charutos, cachimbo, etc) e a quantidade diária.
Quando deixou de fumar?
- 2.7. Faz exercício físico regularmente?

PESSOA SEGURA 1	PESSOA SEGURA 2	PESSOA SEGURA 3	PESSOA SEGURA 4	PESSOA SEGURA 5
sim não	sim não	sim não	sim não	sim não
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S)

- 3.1. Nome
- 3.2. Morada
- 3.3. Telefone do consultório: casa: móvel:

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- ALGUM DOS SEUS FAMILIARES (PAIS OU IRMÃOS) FALECEU OU SOFREU DE:
- Cancro, diabetes, doença cardiovascular, hipertensão arterial.

PESSOA SEGURA 1	PESSOA SEGURA 2	PESSOA SEGURA 3	PESSOA SEGURA 4	PESSOA SEGURA 5
sim não	sim não	sim não	sim não	sim não
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Parentesco

Patologia envolvida

--	--

5. ESTADO DE SAUDE

SOFRE OU SOFREU ALGUMA VEZ PERTURBAÇÕES RELACIONADAS COM AS SEGUINTE DOENÇAS (sublinhe a patologia envolvida):

- 5.1. **CARDIOVASCULARES** - Palpitações, angina de peito, enfarte do miocárdio, endocardite, febre reumática, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, varizes, tromboflebite, dificuldades da marcha, vertigens, outras.
- 5.2. **CONGÊNITAS e do DESENVOLVIMENTO** - Coração, vasos sanguíneos, pulmão, rim, órgãos genitais, membros inferiores, outras.
- 5.3. **CUTÂNEAS (Pele)** - Alergias, herpes (oral/genital), psoríase, micoses, eczemas, úlcera da perna, outras.
- 5.4. **DO TUBO DIGESTIVO** - Hérnia do hiato esofágico, gastrite, úlcera gastro-duodenal, doença de Crohn, hemorragias digestivas, colites, apendicite, divertículos, polipos, hemorróidas, fistulas, outras.
- 5.5. **ENDÓCRINAS e do METABOLISMO** - Obesidade, diabetes, doenças da tiroideia e da supra-renal, elevação sanguínea do ácido úrico (gota) e das gorduras (colesterol e/ou triglicéridos), outras.
- 5.6. **ESTOMATOLÓGICAS (Boca e Dentes)** - Inflamação das gengivas ou língua, cáries (tratadas ou não), usos de próteses e aparelhos, outras.
- 5.7. **GENITO-URINÁRIAS** - Infecções urinárias de repetição, nefrite, cálculos renais, insuficiência renal (aguda/crónica), doenças da bexiga, incontinência urinária de esforço, doenças da próstata, infertilidade masculina, outras.
- 5.8. **GINECOLÓGICAS** - Nódulos e quistos mamários, quistos dos ovários, endometriose, mioma, hemorragias uterinas anormais, infertilidade feminina, prolapsos, outras.
- 5.9. **HEMATOLÓGICAS (Sangue e Gânglios)** - Anemia, leucemia, linfoma, púrpuras, hemofilia, mieloma múltiplo, outras.
- 5.10. **HEPATICAS (Fígado), VIAS BILIARES (Vesícula) e PÂNCREAS** - Hepatites virais, icterícia, cirrose hepática, litíase (cálculos) biliar, pancreatites, outras.
- 5.11. **HERNIÁRIAS** - Parede abdominal (hérnias da virilha, do umbigo, outras) e da coluna vertebral (pescoço e costas).
- 5.12. **IMUNOLÓGICAS** - Artrite reumatóide, dermatomiosite, esclerodermia, espondilite anquilosante, lúpus, vasculites, outras.
- 5.13. **INFECCIOSAS** - Sífilis, mononucleose, tuberculose, paludismo (malária), disenterias, SIDA/seropositividade, outras.
- 5.14. **NEUROLÓGICAS (Sistema Nervoso)** - Doenças de Alzheimer e de Parkinson, demências, epilepsia, esclerose múltipla, outras.
- 5.15. **OBSTÉTRICAS (Gravidez)** - Abortos, diabetes, gravidez ectópica, hipertensão arterial, outras.
- 5.16. **OFTALMOLÓGICAS (Olhos)** - Diminuição da acuidade visual (miopia, astigmatismo, hipermetropia), uso de óculos graduados ou lentes de contacto, estrabismo, cataratas, glaucoma, doenças da retina, outras.
- 5.17. **ONCOLÓGICAS (Cancros)** - Estômago, intestino, mama, pele, pulmão, próstata, útero, outras.
- 5.18. **O.R.L. (Ouidos, Nariz, Garganta)** - Diminuição da audição, uso de próteses auditivas, otites de repetição, vertigens, zumbidos, sinusite, alterações do septo do nariz, amigdalites e adenoidites de repetição, obstrução nasal, outras.
- 5.19. **ÓSTEO-ARTICULARES** - Ciática, lombalgias, espondilose, artrose, artrite, escoliose, cifose, outras.
- 5.20. **RESPIRATORIAS** - Asma, enfisema, bronquite crónica, insuficiência respiratória, tuberculose, pleurisia, pneumotórax, alergias, outras.

	PESSOA SEGURA 1	PESSOA SEGURA 2	PESSOA SEGURA 3	PESSOA SEGURA 4	PESSOA SEGURA 5
	sim não	sim não	sim não	sim não	sim não
5.1. CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.2. CONGÊNITAS e do DESENVOLVIMENTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.3. CUTÂNEAS (Pele)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.4. DO TUBO DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.5. ENDÓCRINAS e do METABOLISMO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.6. ESTOMATOLÓGICAS (Boca e Dentes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.7. GENITO-URINÁRIAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.8. GINECOLÓGICAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.9. HEMATOLOGICAS (Sangue e Gânglios)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.10. HEPATICAS (Fígado), VIAS BILIARES (Vesícula) e PÂNCREAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.11. HERNIÁRIAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.12. IMUNOLÓGICAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.13. INFECCIOSAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.14. NEUROLÓGICAS (Sistema Nervoso)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.15. OBSTÉTRICAS (Gravidez)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.16. OFTALMOLÓGICAS (Olhos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.17. ONCOLÓGICAS (Cancros)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.18. O.R.L. (Ouidos, Nariz, Garganta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.19. ÓSTEO-ARTICULARES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.20. RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PESSOA SEGURA 1	PESSOA SEGURA 2	PESSOA SEGURA 3	PESSOA SEGURA 4	PESSOA SEGURA 5
6.1. Altura	_____ m	_____ m	_____ m	_____ m	_____ m
6.2. Peso	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg	_____ Kg
6.3. Tensão Arterial (max / min)	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

6. INDICES BIOMÉTRICOS