

## MAPEAMENTO DE SAÚDE

Nome Completo \*

Carolina Lemos Godoy Martires

Sexo \*

FEMININO  MASCULINO

Data de Nascimento \*

04/02/1999

DD/MM/AAAA

### Medidas

Peso (Kg) \*

Altura (cm) \* ?

Circunferência da Cintura (cm) ?

IMC

### Pressão Arterial

A pressão arterial é popularmente conhecida como "máxima x mínima". Exemplos: Se a sua pressão costuma ser 12x8, selecione máxima: "de 120 a 130" e a mínima de "60 a 80". Se a sua pressão costuma ser 10x6, selecione máxima: "menor que 110" e a mínima: "de 60 a 80".

Máxima

- Menor que 110 (mmHg)
- De 110 a 119 (mmHg)
- De 120 a 130 (mmHg)
- De 131 a 140 (mmHg)
- De 141 a 160 (mmHg)
- De 161 a 180 (mmHg)
- Maior que 180 (mmHg)
- Não sei

Mínima

- Menor que 60 (mmHg)
- De 60 a 80 (mmHg)
- De 81 a 90 (mmHg)
- De 91 a 100 (mmHg)
- De 101 a 110 (mmHg)
- Maior que 110 (mmHg)
- Não sei

### Saúde Familiar

Quando foi a última vez que você mediu a sua pressão?

- Nesta semana
- Neste mês
- Neste ano
- Há mais de um ano

Você está grávida? De quantos meses?

- Não estou grávida
- Entre 1 e 3 meses
- Entre 4 e 6 meses
- Entre 7 e 9 meses

Tem Filhos?

- Sim
- Não

Você vacinou seu filho ao nascer?

- Todas as vacinas
- Quase todas as vacinas
- Somente algumas vacinas
- Não vacinei
- Não tenho filhos

**Você ou seu parceiro(a) costuma usar preservativo?**

- Sempre
- Às vezes
- Nunca
- Não mantenho relações sexuais

**Assinale abaixo quais são suas queixas físicas**

- Dor de cabeça
- Dor nas juntas
- Pintas que sangram
- Dores nas costas
- Falta de ar
- Coceira constante na pele
- Dor no pescoço
- Boca seca
- Queimação no estômago
- Dor nas pernas
- Palpitação no peito
- Má digestão sempre
- Dor nos braços ou mãos
- Zumbido no ouvido
- Cólica intestinal sempre
- Dor na barriga
- Tonturas sempre
- Intestino presa
- Dor ao urinar
- Formigamento - Mãos
- Sangue na urina
- Dor ao respirar
- Formigamento - Pés
- Sangue nas fezes
- Dor no peito
- Unhas quebradiças
- Queda constante de cabelos
- Dor nos joelhos
- Feridas na pele
- Nariz sempre congestionado
- 

**Assinale abaixo quais são suas queixas mentais**

- Irritabilidade frequente
- Desânimo
- Cansaço frequente
- Tristeza frequente
- Pessimismo frequente
- Sonolência em excesso
- Ansiedade em excesso
- Falta de perspectiva para o futuro
- Medo frequente
- Dificuldade de concentração
- Insegurança frequente
- Falta de memória
- Perda ou aumento de apetite sem motivo
- 

**Assinale abaixo com um X quais problemas de saúde você tem ou já teve:**

- Pressão alta
- Diabetes
- Gastrite
- Úlcera
- Colesterol alto
- Triglicérides
- Doenças cardiovasculares
- Doenças da tireóide
- Doenças respiratórias
- Doenças osteomusculares
- Osteoporose
- Câncer
- Doenças neurológicas
- Alergias
- Transtornos mentais
- Obesidade
- Infecção sexualmente transmissível (IST)
- Outros

## Qualidade do Sono

**Você dorme pelo menos 6 horas toda noite?**

- Sim
- Não
- Não sei

**Você tem alguma dificuldade em pegar no sono?**

- Sim
- Não
- Não sei

**Você acorda no meio da noite?**

- Sim
- Não
- Não sei

**Tem sono durante o dia?**

- Sim
- Não
- Não sei

**Acorda cansado mesmo se dormir 8 horas ou mais?**

- Sim
- Não
- Não sei

**Range os dentes durante o sono?**

- Sim
- Não
- Não sei

**Ronca?**

- Sim
- Não
- Não sei

**Assinale abaixo, quando foi a última vez que realizou exames ou consultas relacionados a seguir:**

**Consulta preventiva com clínico geral**

- Nunca fiz
- Fiz há menos de 1 ano
- Fiz entre 1 e 2 anos atrás
- Fiz há mais de 3 anos

**Dosagem do nível de colesterol (HDL e LDL)**

- Nunca fiz
- Fiz há menos de 1 ano
- Fiz entre 1 e 2 anos atrás
- Fiz há mais de 3 anos

**Dosagem do nível de glicose no sangue (glicemia)**

- Nunca fiz
- Fiz há menos de 1 ano
- Fiz entre 1 e 2 anos atrás
- Fiz há mais de 3 anos

## Para Mulheres

**Teste de Papanicolau**

- Nunca fiz
- Fiz há menos de 1 ano
- Fiz entre 1 e 2 anos atrás
- Fiz há mais de 3 anos

**Mamografia (Ultrassonografia de mamas)**

- Nunca fiz
- Fiz há menos de 1 ano
- Fiz entre 1 e 2 anos atrás
- Fiz há mais de 3 anos

**Em relação ao tabagismo, assinale:**

- Nunca fumei
- Fumo menos de 4 cigarros por dia
- Fumo mais de 4 cigarros por dia
- Fico próximo(a) à pessoas que estão fumando
- Sou ex-fumante

**Se parou de fumar, Informe a quanto tempo parou de Fumar?**

/MESES

**Com qual frequência você consome bebidas alcoólicas:**

- Nunca
- 1 vez por mês ou menos (socialmente)
- 1 vez por semana
- Mais de 1 vez por semana

**Assinale a alternativa que melhor descreve sua prática de atividade física:**

- Não faço atividade física
- Faço atividade física apenas aos finais de semana
- Pratico mais de 30 minutos de atividade física leve ou moderada pelo menos cinco vezes por semana
- Pratico mais de 30 minutos de atividade física moderada ou intensa pelo menos três vezes por semana

**Assinale abaixo apenas os alimentos que você consome:**

- Vegetais (legumes e verduras em geral)
- Frutas
- Carne gordurosa (porco, carne bovina com gordura, pele de frango)
- Carne magra (aves, peixes, carne sem gordura)
- Frituras ou embutidos (salgadinho frito, hamburguer, salsinha, mortadela, salame, linguiça, outros)
- Ovos
- Doces (doces de qualquer tipo, bolos recheados, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados)
- Grãos (arroz, milho e outros grãos)
- Massas
- Leites e seus derivados (iogurte, bebida láctea, coalhada, requeijão, queijo)
- Pães
- 

**Assinale os problemas de saúde que seus familiares diretos (pais, irmãos, avós, tios em 1º grau) têm ou já tiveram:**

- Câncer
- Diabetes
- Hipertensão
- Doenças cardiovasculares
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Doenças respiratórias
- Depressão
- Obesidade
- Outros
- 

**Profissão e alimentação**

**Informe sua Profissão**

**Descreva como você se alimenta durante o dia no trabalho:**

\* Campos obrigatórios

+ FINALIZAR MAPEAMENTO