**Avaliação de Saúde**

Nota: Usado apenas para fins de discussão durante a Classe 6.

Este é um formulário de amostra para treinadores de saúde.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contato de Emergência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pressão Frequência Cardíaco

Peso Altura Peso (meta)

Você está sob os cuidados de um médico? Selecionar:

—Clinico Geral

—Medicina Funcional

—Médico integrativo

—Dr. Naturopático

—Quiropraxia Dr.

**Laboratório**

Laboratórios básicos:

Painel Metabólico Abrangente (CMP) Hemograma (CBC)

Proteína C reativa (PCR)

Velocidade de hemossedimentação (VHS)

Anticorpos antinucleares (FAN)

**Vitamina D**

**B12**

**TSH, T3 Grátis, T4 Livre**

**Painel de Lipídios**

**Histórico da sua Saúde**

História de Pressão Arterial (PA) Elevada

Anotações

História de diabetes? Tipo? Quanto tempo?

Anotações

História de tireoidite? Tipo? Quanto tempo?

Anotações

Lista de diagnóstico médico que você recebeu

Anotações

Liste todas as cirurgias que você já fez

Anotações

Liste todas as sensibilidades alimentares que você conhece

Anotações:

Listar todos os medicamentos de prescrição

Anotações

Lista de todos os suplementos de ervas que você está tomando

Anotações

Listar todos os suplementos vitamínicos ou minerais que você está tomando

Anotações

Listar todos os probióticos

Anotações

Listar todos os óleos essenciais

Anotações

**Sintomas**

Verifique todos os sintomas que você está experimentando atualmente e descreva brevemente. Liste mais detalhes sobre esses sintomas que você gostaria de incluir.

Tonturas   
Anotações

Dormencia   
Anotações

formigamento  
Anotações

Enxaquecas  
Anotações

Problema com equilibrio  
Anotações

Dificuldade em respirar   
Anotações

Anotações   
Tosse Crônica /

Palpitações   
Anotações

Dores no peito

Anotações

Inchaço no corpo   
Anotações

Azia   
Anotações

Dor abdominal   
Anotações

Colicas Abdominais   
Anotações

Diarreia ou constipação   
Anotações

Inchaço abdominal

Anotaçoes

Com que frequência você vai ao banheiro  
Anotações

Liste mais detalhes sobre esses sintomas que você gostaria de incluir   
Anotações

Você tem restaurações de prata nos dentes? Se sim, quantos e por quanto tempo?

Anotações

Você já fez tratamentos ortodônticos? Você já fez cirurgia de boca/mandíbula/cavidade oral?

Anotações

Você tem sangramento nas gengivas? Em caso afirmativo, por favor, elabore.

Anotações

**Hábitos de estilo de Vida**

Fuma   
Anotaçoes

Alcohol   
Anotacoes

Salgadinho  
Anotações

Bolachas   
Anotações

Cookies

Anotações

Chocolate   
Anotações

Balas  
Anotações

Beliscando doces  
Anotações

Açúcar Refinado   
Anotações

Adoçantes Artificiais   
Anotações

Sorvetes

Anotações

Bebidas Gaseificadas

Anotações

Suco de frutas   
Anotações

Suco verde

Anotações

Café

Anotações

Leite

Anotações

Queijo

Anotações

Manteiga

Anotações

Margarina

Anotações

Queijo Vegano  
Anotações

Manteiga Vegana  
Anotações

ovos

anotações

peixe

anotações

carne

Anotações

Fast food

anotações

Comida Frita

Anotações

Carnes

Anotações

Gluten, Aveia, Soja, Milho, Fermento

Anotações

Carnes Processadas- Veganas

Anotações

Tipos de Sal

Anotações

Amostra de um café-da-manhã

Anotações

Amostra de um almoço  
Anotações

Amostra de um snack (algo que belisca)

Anotações

Amostra de seu Jantar  
Anotações

Qual é a refeição maior do seu dia ?

Anotações

Você toma líquido junto com suas refeições?

Anotações

Quanto tempo antes de ir para a cama você come ?  
Anotações

**Riscos Potenciais**

Selecione todos os perigos potenciais aos quais você pode ter sido ou está sendo exposto e liste todos os detalhes relativos a cada item.

`Produtos Químicos perigosos

Anotações

Ar poluido

Anotações

Aguá poluida

Anotações

Quais produtos de limpeza você ultiliza?

Anotações

Radiações

Anotações

Qual é a marca de shampoo que você usa?

Anotações

Qual é a marca de pasta de dente que você usa?

Anotações

Marca da Sopa

Anotações

## Descanso e Sol

Que horas você vai dormir e que horas você Acorda?

Anotações

Quantas vezes a noite você desperta?

Anotações

Você tem facilidade de voltar a dormir?

Anotações

Você tem apnéia ?

Anotações

Você toma cochilos ?

Anotações

Você tem dias de folga? Se sim, quantos?

Anotações

Você toma banho de sol? Se sim, qual a frequência ?

Anotações

Você usa protetor Solar?

Anotações

**Exercício, água & ar**

Quantas vezes na semana você faz exercício?

Anotações

Quantos minutos?

Anotações

Descreva seu programa de exercício?

Anotações

Quantos copos de água você toma por dia?

Anotações

Que tipo de água você toma?

Anotações

Você deixa ar fresco entrar na sua casa o ano inteiro ?

Anotações

**Emotional Health**

Qual seria sua nota de nível de stress?

Anotações

Você sofre de depressão?

Anotações

Você tem muitos traumas/ medos?

Anotações

Suas emoções parecem incontroláveis ?

Anotações

Você está passando por luto?  
Anotações

Você está insatisfeito com sua vida?

Anotações

## Perguntas Finais

Você frequenta uma igreja ou tem comunhão religiosa com pessoas que pensam da mesma forma?

Anotações

Você acredita que Deus pode curá-lo?

Anotações

Que objetivos você tem?

Anotações

Qual é o propósito da sua vida?

Anotações

O que você quer realizar com este programa?

Anotações

Qual é a sua motivação para fazer essas mudanças?   
Família?   
Crianças?