

# Avaliação de Saúde

Data \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_  
Contato de Emergência \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_

Pressão

Frequência Cardíaca

Peso

Altura

Peso (ideal)

Você está sob os cuidados de um médico? Selecionar:

- Clinico Geral
- Medicina Funcional
- Médico integrativo
- Dr. Naturopático
- Quiropraxia Dr.

<<< seu logo >>>

## **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

<<< seu logo >>>

## **Histórico da sua Saúde**

Pressão Arterial (PA) Elevada:

Diabetes? Tipo? Quanto tempo?

Tireoide? Tipo? Quanto tempo?

Lista de diagnósticos médicos que você recebeu:

Liste todas as cirurgias que você já fez:

Liste todas as sensibilidades alimentares que você possui:

Liste todos os medicamentos com prescrição medica:

Liste todos os suplementos (vitamínicos , minerais ou probióticos ) que você está tomando :

Listar todos os óleos essenciais:

<<< seu logo >>>

## Sintomas

Verifique todos os sintomas que você está experimentando atualmente e descreva brevemente.

Tonturas:

Dificuldade em respirar

Tosse Crônica

Dormência

Formigamento

Enxaquecas

Problema com equilíbrio

Palpitações:

Dores no peito:

Inchaço no corpo:

<<< seu logo >>>

Dor Abdominal:

Cólicas Abdominais:

Diarreia ou Constipação:

Acidez estomacal:

Frequência de evacuação intestinal:

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

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

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

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

<<< seu logo >>>

## Hábitos de estilo de vida

Descreva seu café-da-manhã

Descreva seu almoço

Descreva um snack (algo que belisca)

Descreva seu Jantar

Qual é a refeição maior do seu dia ?

Você toma líquido junto com suas refeições?

Quanto tempo antes de ir para a cama você come ?

Fuma

álcool

Salgadinho

Bolachas / Biscoitos

<<< seu logo >>>

Chocolate

Balas

Doces

Açúcar Refinado

Adoçantes Artificiais

Sorvetes

Bebidas Gaseificadas

Suco de frutas

Suco verde

Café

Leite

Queijo

Manteiga

Margarina

<<< seu logo >>>

Queijo Vegano

Manteiga Vegana

Ovos

Peixe

Carne

Comida Frita

Milho

Fermento

Carnes

Gluten

Fast food

Aveia

<<< seu logo >>>

## **Descanso e Sol**

Que horas você vai dormir e que horas você Acorda?

Quantas vezes a noite você desperta?

Você tem facilidade de voltar a dormir?

Você tem apneia ?

Você toma cochilos ?

Você tem dias de descanso? Se sim, quantos?

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

Você usa protetor solar?

<<< seu logo >>>

## **Exercício, água & ar**

Quantas vezes na semana você faz exercício? Quantos minutos?

Descreva seu programa de exercício?

Quantos copos de água você toma por dia?

Que tipo de água você toma?

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

Produtos Químicos perigosos :

## **Riscos Potenciais**

Selecione todos os perigos potenciais aos quais voce pode ter sido ou esta sendo expostos

S / N Produtos de limpeza

S / N Cosméticos

S / N Shampoo / Condicionador

S / N Pasta de dente com fluor

S / N Químicos de sabão/ sabonete

<<< seu logo >>>

Ar poluído

Água poluída

Radiações

## **Saúde Emocional**

Em uma classificação de 0 -10 , como você qualificaria seu nível de stress ?

Você sofre de depressão?

Você tem traumas ou medos?

Você se sente em controle de suas emoções ?

Você está passando por luto?

Você está insatisfeito com sua vida?

<<< seu logo >>>

## **Perguntas Finais**

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

Você acredita que Deus pode curá-lo?

Que objetivos você tem?

Qual é o propósito da sua vida?

O que você quer alcançar com este programa?

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

## Promotor de saúde- Anotações

Data: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

Tempo Total: \_\_\_\_\_

Tempo Restante: \_\_\_\_\_

Peso:

Pressão Arterial:

Frequência cardíaca

Anotações do menu de 4 dias

Anotações do Protocolo Terapêutico

Desafios/Barreiras:

Progressão/melhora dos sintomas:

Trabalho de Laboratório:

Remédios Naturais:

Plano a seguir:

## **Notas de progresso do promotor de saúde**

Inclua horário de início e término de cada sessão

Incluir sinais vitais:

Peso,

Pressão arterial (PA),

Frequência cardíaca (FC)

- \* Descrever como o cliente está seguindo o protocolo e o menu terapêutico de 4 dias
- \* Documentar, avaliar e auxiliar em quaisquer desafios ou barreiras que possam ter
- \* Documente em detalhes os sintomas do cliente e qualquer melhora que eles estão experimentando
- \* Documentar tendências, mudanças e melhorias dos exames laboratoriais
- \* Documente os remédios naturais que eles tentaram por sua sugestão e sua resposta