

Este questionário deverá ser enviado para a Clínica Gerações, por fax ou email, após o seu preenchimento, e antes da 1ª consulta. Obrigado.

Dados Gerais

Nome

Idade _____ anos Sexo _____

Profissão _____

Peso _____ Kg Altura _____ cm

Qual a sua situação profissional actual ?

Activo Desempregado
Reformado

Qual a sua formação académica / nível de escolaridade?

Instrução primária Secundário
Bacharelato Licenciatura

Hábitos Alimentares e Físicos

Nº de refeições diárias _____

Considera a sua alimentação equilibrada?

Sim Não

Consome bebidas alcoólicas?

Nunca Esporadicamente
Regularmente

Como classifica o seu grau de actividade física?

Nenhuma Esporádica
Regular

Doenças / medicamentos

Sofre de alguma das seguintes doenças (assinale quais)?

Hipertensão arterial Diabetes
Colesterol elevado Ácido úrico elevado
Doença cardíaca Doença pulmonar
Doenças “nervosas”

Outras doenças Indique quais _____

Mencione todos os medicamentos que toma actualmente

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hábitos Tabágicos

Com que idade iniciou o consumo de tabaco _____ anos

Que tipo de tabaco fuma?

Cigarro Charuto
Cachimbo

Quantos cigarros / dia? _____

Já tentou anteriormente deixar de fumar? _____

Se sim, indique:

que método usou _____

data da última tentativa (dia/mês/ano) ___/___/____

tempo máximo sem fumar _____

Motivo de reinício _____

Dificuldades experimentadas _____

Por que motivo fuma?

Prazer <input type="checkbox"/>	Convívio social <input type="checkbox"/>
Combater o “stress” <input type="checkbox"/>	Melhorar a concentração <input type="checkbox"/>
“Levantar a moral” <input type="checkbox"/>	Para não engordar <input type="checkbox"/>
“Vício de mão” <input type="checkbox"/>	

Quais os locais onde fuma mais?

Casa <input type="checkbox"/>	Trabalho <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/> indique quais	

Sente que incomoda / prejudica outras pessoas com os seus hábitos tabágicos?

Sim Não

Tem contactos regulares com fumadores? _____

Se sim, indique onde:

Em casa

No emprego

Com amigos

Avaliação da dependência física

Teste de Fagerstrom

Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

Nos primeiros 5 minutos

Após 6-30 minutos

Após 31 - 60 minutos

Após > 60 minutos

É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?

Sim

Não

Qual o cigarro que teria mais dificuldade em não fumar?

O primeiro da manhã

Outros

Quantos cigarros fuma por dia?

< = 10

11 - 20

21 - 30

> 31

Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?

Sim

Não

Fuma quando está doente e acamado?

Sim

Não

Levanta-se de noite para fumar?

Sim

Não

Se é mulher , e já esteve grávida, fumou durante a gravidez?

Sim

Não