Anamnese

INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME:			
TELEFONE		E-MAIL	
DATA DE NASC:	IDADE:	RAÇA/COR:	CÓDIGO (NÃO PRECISA PREENCHER):
SEXO BIOLÓGICO: ( ) M ( ) F	GÊNERO (SOCIAL):	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO:
NACIONALIDADE	CONVÊNIO SAÚDE? ( ) SIM ( ) NÃO QUAL:	DIAGNOSTICADO COM COVID-19 METODOLOGIA:	TIPO SANGUÍNEO:
DIABETES MELLITUS? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SEI TIPO:	HIPERTENSÃO? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SEI	ASMA? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SEI	COMO AVALIA A INTENSIDADE DOS SINTOMAS APRESENTADOS RELACIONADOS À COVID-19 ( ) LEVES ( ) MODERADOS ( ) GRAVES
ESTEVE EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO? ( ) SIM ( ) NÃO	ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO? ( ) SIM ( ) NÃO	FICOU INTERNADO? ( ) SIM ( ) NÃO QUANTOS DIAS?	RESPIRADOR? ( ) SIM ( ) NÃO QUANTOS DIAS?
QUAIS DOS SINTOMAS ABAIXO APRESENTOU RELACIONADOS À COVID-19?			
FEBRE ( ) SIM ( ) NÃO QUANTO?	DISPNEIA ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA	TOSSE ( ) SIM ( ) NÃO ( ) SECA ( ) PRODUTIVA	INTENSIDADE DA TOSSE: ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA
CORIZA ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA	DIARREIA ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA	PERDA DO OLFATO ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA	PERDA DO PALADAR ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA
DESCOLORAÇÃO NAS MÃOS OU PES ( ) SIM ( ) NÃO DESCREVA:		ERUPÇÃO CUTANEA ( ) SIM ( ) NÃO DESCREVA:	CONJUNTIVITE ( )SIM | ( )NÃO DESCREVA:
DOR DE GARGANTA ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA	DOR DE CABEÇA ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA	DOR NO CORPO ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA	FADIGA/CANSAÇO ( ) SIM ( ) NÃO ( ) MUITA ( ) MODERADA ( ) POUCA
ALGUM OUTRO SINTOMA?		QUANTOS DIAS DESDE A RECUPERAÇÃO DOS SINAIS CLÍNICOS OU ALTA MÉDICA?	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A COVID-19			
MEDICAMENTOS UTILIZADOS APÓS A COVID-19			
SINTOMAS PERSISTENTES DA COVID-19?			PERSISTEM HÁ QUANTO TEMPO DESDE QUE SE "RECUPEROU"?
GRAVIDEZ ATUAL ( ) SIM ( ) NÃO	PUÉRPERA ( ) SIM ( ) NÃO TEMPO:	REPOSIÇÃO HORMONAL ( ) SIM ( ) NÃO TIPO:	TOMOU VACINA DA GRIPE ESTE ANO? ( ) SIM ( ) NÃO
ALGUMA INDICAÇÃO MÉDICA PARA NÃO REALIZAR ATIVIDADE FÍSICA? ( ) SIM ( ) NÃO		TOMA IMUNOSUPRESSORES ( ) SIM ( ) NÃO	PESSOA COM DEFICIÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO

AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES

ETILISTA/HÁBITO ALCÓOLICO:
( ) SIM ( ) NÃO - ( ) TODOS OS DIAS ( ) 5X/SEMANA ( ) 3X/SEMANA ( ) 2X/SEMANA ( ) 1X SEMANA

FUMANTE:
( ) SIM ( ) NÃO

EXERCÍCIO FÍSICO (ANTES DA COVID-19):
( ) SIM ( ) NÃO - ( ) TODOS OS DIAS ( ) 6X/SEM ( ) 5X/SEM ( ) 4X/SEM ( ) 3X/SEM ( ) 2X/SEM ( ) 1X SEM

TIPO DE EXERCÍCIO:_____

EXERCÍCIO FÍSICO (ATUALMENTE):
( ) SIM ( ) NÃO - ( ) TODOS OS DIAS ( ) 6X/SEM ( ) 5X/SEM ( ) 4X/SEM ( ) 3X/SEM ( ) 2X/SEM ( ) 1X SEM

TIPO DE EXERCÍCIO:_____

JÁ FEZ TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO/PSICOLÓGICO? ( ) SIM ( ) NÃO

FAZ ATUALMENTE? ( ) SIM ( ) NÃO

ESPECIFIQUE (TIPO):

INTERNAÇÃO E CIRURGIAS:
( ) SIM ( ) NÃO

ESPECIFIQUE:

LIMITAÇÕES FÍSICAS:
( ) SIM ( ) NÃO

ESPECIFIQUE:

DOENÇAS E COMORBIDADES:
( ) SIM ( ) NÃO

HISTÓRICO – JÁ RECUPERADO(A):

ATUAL - QUAIS E HÁ QUANTO TEMPO?

MEDICAMENTOS – INCLUIR (Anticoncepcionais, antidepressivos, suplementação vitamínica...)

TRATAMENTOS EM ANDAMENTO

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

NOME: _____
POSOLOGIA _____ **TEMPO DE USO:** _____

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA (PAR-Q)

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
( ) Sim ( ) Não

2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
( ) Sim ( ) Não

3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?
( ) Sim ( ) Não

4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?
( ) Sim ( ) Não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?
( ) Sim ( ) Não

6) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas de coração?
( ) Sim ( ) Não

7) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?
( ) Sim ( ) Não

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____

Nome Completo

_____

Assinatura

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
(Versão Curta)

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.
Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por SEMANA ( ) Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves,fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração **(POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)**

Dias _____ por SEMANA ( ) Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por SEMANA ( ) Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades
por dia?

Horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

Horas: _____ Minutos:_____

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

Horas: _____Minutos:_____

Nome:_____ Código: _____

Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar

Nos últimos **7 dias**, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas? Assinale em quantos dias comeu os alimentos descritos em cada item.

1.) Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

2.) Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc.)
Não considerar batata e mandioca

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

3.) Frutas frescas ou salada de frutas

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

4.) Feijão

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

5.) Leite ou iogurte

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

6.) Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

7.) Hambúrguer/embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc)

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

8.) Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

9.) Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas, chocolates

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

10.) Refrigerante (não considerar os diet ou light)

Não comi	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF12 v2

Este questionário busca compreender a sua opinião em relação à sua saúde. Essas informações irão ajudar a avaliar como você se sente e o quão bem você está em relação às suas atividades diárias. Por favor, responda cada pergunta selecionando a resposta mais apropriada. Se você não tiver certeza sobre como responder à pergunta, por favor, dê a resposta que mais se aproxima do que você pensa.

❖ 1. Em geral, o(a) sr(a) diria que sua saúde é: (marque um).

1 Excelente	2 Muito Boa	3 Boa	4 Ruim	5 Muito Ruim

❖ 2. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde,** você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
b. Subir vários lances de escada.	1	2	3

❖ 3. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do tempo você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
a. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
b. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades?	1	2	3	4	5

❖ 4. Durante as últimas 4 semanas, quanto do tempo você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (por exemplo, sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
a. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
b. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2	3	4	5

❖ 5. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

❖ 6. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas.** Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às **últimas 4 semanas:**

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
a. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5
b. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5
c. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5

❖ 7. Durante as últimas **4 semanas,** quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

Escala Saúde Mental (DASS – 21)

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e marque na coluna correspondente o quanto ela se aplicou a você NOS ÚLTIMOS 7 DIAS:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
Senti minha boca seca	0	1	2	3
Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex.: respiração ofegante, falta de ar sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
Senti tremores (ex.: nas mãos)	0	1	2	3
Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	0	1	2	3
Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
Senti-me agitado	0	1	2	3
Achei difícil relaxar	0	1	2	3
Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	0	1	2	3
Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex.: aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
Senti medo sem motivo	0	1	2	3
Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3