

NOME/ID:

DATA:

Peso atual: \_\_\_\_\_  kg  lbs      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

Altura: \_\_\_\_\_  feet/inches  cm

\*Índice de Massa Corporal (IMC): \_\_\_\_\_ \*a ser calculado pelo clínico

Pressão Arterial: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

Glicose em jejum: \_\_\_\_\_  mmol/L  mg/dl      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

HbA1c: \_\_\_\_\_ %      Data de verificação: \_\_\_\_\_  n/a

Estamos interessados nas suas próprias crenças sobre a sua saúde. NÃO estamos interessados no que os outros acreditam ou podem desejar que você acredite.

Indique se teve alguma das seguintes experiências relacionadas com a saúde, lendo as perguntas e marcando  Sim ou Não.

	Sim	Não
A) Sente-se nervoso(a) regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Transpira regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Tem dificuldade em dormir regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Tem rubor facial regularmente? As suas bochechas ficam vermelhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) Tem falta de ar regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Tem dores de cabeça regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) Tem hemorragias nasais regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) Outros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu 'NÃO' a TODAS as perguntas acima, por favor, passe para a próxima página.

Se respondeu 'SIM' a alguma das perguntas acima, indique até que ponto concorda ou discorda, neste momento, com a seguinte afirmação, circulando o número apropriado, tendo em conta as suas experiências relacionadas com a sua saúde.

1) As minhas experiências relacionadas com a saúde devem-se a ter pressão arterial elevada.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo  
totalmente

Discordo  
moderadamente

Discordo  
ligeiramente

Não tenho a  
certeza

Concordo  
ligeiramente

Concordo  
moderadamente

Concordo  
totalmente

Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda neste momento com cada uma das seguintes afirmações, circulando o número apropriado.

2) Tenho hipertensão, (ou seja, pressão arterial elevada).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

3) PRECISO fazer ou manter mudanças saudáveis no estilo de vida para melhorar minha dieta e/ou ajustar a quantidade de exercício que faço.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

4) Eu tenho uma pressão arterial normal.\*

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

5) Posso continuar com segurança o meu estilo de vida atual (ou seja, alimentação/bebida e exercício como faço atualmente).\*

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

6) A minha pressão arterial elevada já causou ou pode causar consequências negativas para a saúde (por exemplo, doença cardíaca, ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, AVC, quase AVC, doença renal, perda de visão, etc.).

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

7) A minha pressão arterial está regularmente na faixa hipertensiva (ou seja,  $\geq 140/90$ )\*

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

8) Eu preciso de medicação para baixar a pressão arterial.

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Discordo totalmente      Discordo moderadamente      Discordo ligeiramente      Não tenho a certeza      Concordo ligeiramente      Concordo moderadamente      Concordo totalmente

**FIM**

\* Consulte a folha de pontuação para ver a aplicabilidade