

Questionário pré-consulta



Olá! Seja muito bem vindo(a)!

Esse questionário me permitirá conhecer mais sobre você, seus hábitos, suas crenças e suas necessidades. Quanto mais sincero(a) você for, melhor eu poderei te ajudar. Se tiver alguma dúvida, estou à disposição!

Estou feliz por te ver buscar uma Nutrição sem radicalismos e que atende a sua individualidade, seus objetivos e sua relação com a comida. Gostaria de te parabenizar pela sua escolha e dizer que vamos juntos trilhar o melhor caminho possível! Vamos lá?

Dados Pessoais

Nome Completo: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

E-mail: _____

Como me conheceu? () Indicação () Facebook () Instagram () Outro: _____

Suas expectativas e experiências

• Qual é o seu principal objetivo com o acompanhamento nutricional? _____

• Além do objetivo principal, quais outros pontos você gostaria de tratar? _____

• Você já fez dietas anteriormente? Quais? Como foi sua experiência? (Exemplo: jejum intermitente, low carb, dieta flexível, etc.) _____

• Você teve resultados? O que não deu certo? _____

• De 0 a 10, o quanto você está comprometido com o seu processo? _____

• O que falta para chegar no 10? Como você acha que eu poderei te ajudar?
O que você espera do meu trabalho? _____



Histórico de saúde

- Você tem ou já teve alguma doença? Se sim, qual? _____

- Você já fez alguma cirurgia? Se sim, qual? _____

- Utiliza algum medicamento ou suplemento? Se sim, qual? _____

- Seus familiares apresentam alguma doença crônica? Ex: pressão alta, diabetes, problemas de colesterol, câncer, doença cardíaca, doença autoimune. _____

- Algum dos seguintes fatores te incomodam? Acne, insônia, sonolência, cansaço, falta de memória, concentração, unhas fracas, cabelos fracos... _____

- Você possui alguma alergia ou intolerância alimentar? Se sim, qual? _____

- Como é o seu sono? Você tem dificuldade para dormir? Se sente descansado quando acorda? _____

- Você apresenta algum dos seguintes sintomas? Se sim, quais? Azia, refluxo, distensão abdominal, flatulência... _____

- Como é o seu funcionamento intestinal? Quantas vezes ao dia/semana vai ao banheiro? Sente alguma dificuldade? _____

Hábitos alimentares

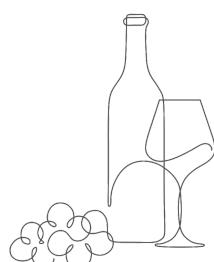
- Como é sua rotina? Mais corrida ou mais tranquila? _____

- Você tem o hábito de cozinhar? Ou consome mais produtos prontos? _____

- Seu paladar é mais voltado para o doce ou para o salgado? _____

- Você fuma? Se sim, há quanto tempo? Parou? Há quanto tempo? _____

- Consome bebidas alcoólicas? Quais? Qual a quantidade? Com qual frequência?



- Como são suas refeições? Descreva na tabela abaixo:

Refeição	O que costuma comer?	Que horas?	Em casa ou fora de casa?	Com pressa ou sem pressa?

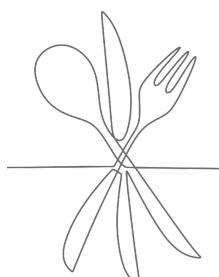
- Pratica atividade física? Há quanto tempo? Quais? Quantas vezes na semana? _____

- Como se sente após a atividade física?

- () cansado(a)
 () energético(a)
 () bem disposto(a)
 () menos estressado(a)
 () pior do que me sentia antes

- Você sabe o seu peso? Há quanto tempo você tem esse peso? E sua altura? _____

- Já teve uma grande variação de peso antes? Por exemplo: ganhar ou perder 10 quilos. Quando? Como foi? _____



Suas preferências alimentares

- O que você ama comer? O que você não abre mão de ter no seu dia a dia? (Pergunta válida para qualquer tipo de alimento, não só alimentos saudáveis).

- Em qual período do dia você sente mais fome?

- Costuma beliscar entre as refeições? Se sim, que tipo de alimento?

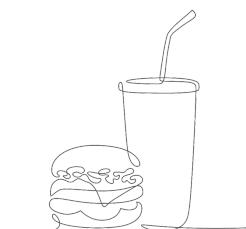
- Como é sua alimentação nos fins de semana? Me descreva com o máximo de detalhes.

- Assinale as alternativas que você se identifica:

- () Pulo refeições com frequência
() Como muito tarde
() Como muito rápido
() Como demais
() Como sem perceber
() Como quando estou triste/chateado/ansioso
() Tento disfarçar a fome tomando água, mascando chiclete, etc.
() Muitas vezes como em pé
() Como escondido

- Quais são suas principais dificuldades para alcançar seu objetivo?

- Está passando por alguma situação de estresse?



Suas crenças e comportamentos

- Qual a imagem que você construiu ao longo da sua vida sobre as dietas? _____

- Você ainda classifica os alimentos como proibidos e permitidos? () sim () não
Por exemplo: "maçã pode, brigadeiro não pode"

- Você acredita que não vai conseguir emagrecer sem deixar de comer tal alimento? Se sim, qual(is)?

- Vou te dar algumas afirmações e você marca um X naquelas que você acredita que são verdadeiras.

- | | |
|--|---|
| () é necessário comer de 3 em 3 horas | () água com limão em jejum emagrece |
| () preciso cortar o que gosto pra emagrecer | () só pode 1 tipo de carboidrato na refeição |
| () preciso escolher a versão integral dos alimentos | () suco detox emagrece |
| () preciso comer pouco pra emagrecer | () café com óleo de coco queima gordura |
| () comer carboidrato à noite engorda | () ovo aumenta o colesterol |
| () preciso evitar glúten | () arroz com feijão engorda |

- Quando digo "fome emocional", você sabe do que estou falando?

() sim, sei. () já ouvi falar, mas não entendi muito bem. () nunca ouvi falar.

- Existem situações específicas que te fazem correr para a comida como um tipo de fuga? Quais?

-
-
-
- Quando eu te falo que você é livre pra comer o que quiser sem culpa, você fica receosa? Sente algum medo? Medo de quê?

- () de não ter controle
() de não conseguir emagrecer
() de não querer comer coisas saudáveis
() outros: _____
-

Sobre você

- Qual dessas alternativas você se identifica mais?
 Sou mais objetivo, direto ao ponto e quero entrar logo em ação.
 Gosto mais de explicações, de saber o porquê das coisas e entro mais em ação quando entendo o que estou fazendo.
- Qual dessas alternativas você se identifica mais?
 Gosto de analisar as situações e ter mais de um caminho para seguir. Não gosto de rotina.
 Me perco com muitas alternativas. Gosto de ter um único caminho para seguir.
- Assinale as áreas que você gostaria que fossem mais trabalhadas durante seu acompanhamento:
 Bem estar/humor
 Aumentar a atividade física
 Emagrecer
 Melhorar o sono
 Melhorar a saúde (intestino, colesterol e outros)
 Melhorar a saúde mental e emocional
 Melhorar a alimentação
 Melhorar a energia e disposição
 Melhorar a organização e planejamento alimentar

Outro:

Para finalizar

- Há mais alguma coisa que você queira compartilhar comigo? _____

Obrigada por ter chegado até aqui.

Essas informações são muito importantes para traçarmos o caminho rumo ao seu objetivo. Agradeço a confiança em meu trabalho e prometo dar o melhor de mim para te ajudar!

Beijo da Nutri.

