

# 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? \_\_\_\_\_

---



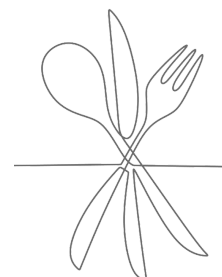
---



---



---



## 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, mascarando chiclete, etc.

( ) Muitas vezes como em pé

( ) Como escondido

- Quais são suas principais dificuldades para alcançar seu objetivo? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

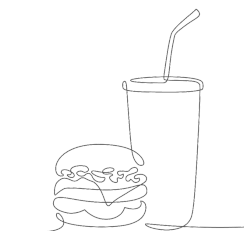
- Está passando por alguma situação de estresse? \_\_\_\_\_

---

---

---

---



## 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 a 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.

