

## QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

### 1. Possui algum(ns) problema(s) de saúde?

|                       | Sim | Não |              | Sim | Não |
|-----------------------|-----|-----|--------------|-----|-----|
| Asma                  |     |     | Diabetes     |     |     |
| Gripe/Constipação     |     |     | Cardiopatias |     |     |
| Problemas articulares |     |     | Hipertensão  |     |     |
| Outros:               |     |     |              |     |     |

### 2. Relativamente às seguintes substâncias, indique o seu hábito de consumo:

|                     | Abstinentes | Ingestão ocasional<br>(menos de 4x/mês) | Ingestão semanal<br>(Quantidade) | Ingestão diária<br>(Quantidade) |
|---------------------|-------------|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Café                |             |   |                                  |                                 |
| Colas               |             |   |                                  |                                 |
| Chás                |             |   |                                  |                                 |
| Chocolates          |             |   |                                  |                                 |
| Bebidas energéticas |             |   |                                  |                                 |

### 3. É fumador?

Não \_\_\_\_

Sim \_\_\_\_ Se sim, quantos cigarros por dia? \_\_\_\_

### 4. Encontra-se a tomar algum medicamento?

Não \_\_\_\_

Sim \_\_\_\_ Se sim, qual(is)? \_\_\_\_

### 5. Praticas actividade física com que regularidade?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / de 2004

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito testado)