

4.1 O seu pai ainda é vivo? Não Sim (passar à pergunta 5) NS

4.2. Se o pai já faleceu,

4.2.1 Com que idade faleceu? (anos)

4.2.2 Foi morte súbita? Não Sim NS

4.2.3 Qual a causa de morte? NS

 ,

5. A sua **MÃE biológica** sofre ou alguma vez sofreu de alguma das seguintes doenças? Se sim, com que idade lhe foi/foram diagnosticada(s)? (se não souber a idade exacta, recorra a um dos intervalos apresentados)

Não conheceu (passar à pergunta 6)

	Não	Sim	NS	Idade de diagnóstico (anos)					
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> < 20	<input type="radio"/> 20-40	<input type="radio"/> > 40	<input type="radio"/> NS	
a) Se sim , fez ou faz tratamento com insulina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
a.1) Se sim , foi desde a altura do diagnóstico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
AVC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> < 55	<input type="radio"/> 55-65	<input type="radio"/> > 65	<input type="radio"/> NS	
Enfarte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> < 55	<input type="radio"/> 55-65	<input type="radio"/> > 65	<input type="radio"/> NS	
Outras doenças cardíacas. Qual(is)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> < 55	<input type="radio"/> 55-65	<input type="radio"/> > 65	<input type="radio"/> NS	
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>									
Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> < 20	<input type="radio"/> 20-40	<input type="radio"/> > 40	<input type="radio"/> NS	
Dislipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> < 20	<input type="radio"/> 20-40	<input type="radio"/> > 40	<input type="radio"/> NS	
Cancro. Qual(is)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> < 30	<input type="radio"/> 30-49	<input type="radio"/> 50-64	<input type="radio"/> > 65	<input type="radio"/> NS
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>									

5.1 A sua mãe ainda é viva? Não Sim (passar à pergunta 6) NS

5.2. Se a mãe já faleceu,

5.2.1 Com que idade faleceu? anos

5.2.2 Foi morte súbita? Não Sim NS

5.2.3 Qual a causa de morte? NS

 ,

6. Quantos irmãos e/ou irmãs tem ou teve?

	Irmãos	Irmãs
Irmãos biológicos	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Meios-irmãos	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

(Se nunca teve ou não sabe que teve irmã(o)s biológica(o)s ou meios(os)-irmãs(os), passar à pergunta 8)



7. Os seus IRMÃOS e/ou IRMÃS

7.1 Sofrem ou alguma vez sofreram de alguma das seguintes doenças?

	Não	Sim	NS	Se sim, quantos?
Diabetes				
a) Tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
b) Tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
AVC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Enfarte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Outras doenças cardíacas. Qual(is)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Dislipidemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Cancro. Qual(is)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

7.2. Se tiveram alguma destas doenças qual(is) a(s) sua(s) idades(s) quando foram diagnosticadas (registar a idade mais nova no caso de vários irmãos)? (se não souber a idade exacta, recorra a um dos intervalos apresentados)

	Idade de diagnóstico (anos)				
AVC	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> < 55	<input type="radio"/> 55-65	<input type="radio"/> > 65	<input type="radio"/> NS
Enfarte	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> < 55	<input type="radio"/> 55-65	<input type="radio"/> > 65	<input type="radio"/> NS

7.3. Os seus irmãos ainda são vivos? Não Sim (passar à pergunta 8) NS (passar à pergunta 8)

7.3.1 Se não, foi morte súbita? Não Sim NS

7.3.2 Se faleceu/faleceram, qual a idade (em anos) e a causa?

Idade:	<input type="text"/> <input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	Causa:	<input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Idade:	<input type="text"/> <input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	Causa:	<input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Idade:	<input type="text"/> <input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	Causa:	<input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Idade:	<input type="text"/> <input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	Causa:	<input type="text"/>	NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>



Agora em relação a si...

8. Em geral, diria que a sua saúde é: Óptima Muito boa Boa Razoável Fraca

9. Habitualmente, para os seus cuidados de saúde a que Serviço(s) recorre?

Centro de Saúde:	<input type="radio"/> Não	Qual?			
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim	Nome do médico:			
Consulta hospitalar:	<input type="radio"/> Não	Hospital:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim	Especialidade:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Consultório Particular:	<input type="radio"/> Não	Especialidade:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim	Nome do médico / Local:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Outro:	<input type="radio"/> Não	Especialidade:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim	Nome do médico / Local:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Quantas vezes esteve grávida? (se apenas esteve grávida uma vez - criança GXXI - passar à pergunta 13)

11. **Antes** do nascimento deste filho (criança GXXI) já tinha engravidado alguma vez?

Não (passar à pergunta 12) Sim

11.1. Se sim, quantas vezes?

11.2. Em relação à(s) gravidezes anteriores ao nascimento da criança GXXI:

Gravidezes anteriores	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
Resultado obstétrico (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data do fim da gravidez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº fetos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) **Resultado obstétrico**: NV - nado-vivo, FM - feto morto > 22 sem, AE - abortamento espontâneo, AI - abortamento induzido, IMG - interrupção médica da gravidez, GE - gravidez ectópica, DT - doença do trofoblasto

12. **Depois** do nascimento deste filho (criança GXXI) voltou a engravidar? Não (passar à pergunta 13) Sim

12.1. Se sim, quanto tempo depois? meses

12.2. Quantas vezes?

12.3. Actualmente está grávida? Sim Não

12.4. Em relação à(s) gravidezes após o nascimento da criança GXXI:

Gravidezes anteriores	1 ^a	2 ^a	3 ^a
Resultado obstétrico (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data do fim da gravidez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº fetos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) **Resultado obstétrico**: NV - nado-vivo, FM - feto morto > 22 sem, AE - abortamento espontâneo, AI - abortamento induzido, IMG - interrupção médica da gravidez, GE - gravidez ectópica, DT - doença do trofoblasto



13. Utiliza ou alguma vez utilizou algum tipo de **contraceptivo hormonal** (ex. pílula, anel vaginal, adesivo, implante)?

Não (passar à pergunta 14) Sim

13.1. Se sim, qual(is) e há quanto tempo o(s) utiliza?

Tipo de Contraceptivo	Nome Comercial	Idade de início	Idade de fim
Oral (pílula)	<input type="text"/> NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> anos	<input type="text"/> anos
Anel Vaginal	<input type="text"/> NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> anos	<input type="text"/> anos
Sistema transdérmico (adesivo)	<input type="text"/> NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> anos	<input type="text"/> anos
Implante	<input type="text"/> NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> anos	<input type="text"/> anos
Outro. Qual? <input type="text"/>	<input type="text"/> NS <input type="radio"/>	<input type="text"/> anos	<input type="text"/> anos

14. Mediu a pressão arterial nos últimos 12 meses? Não Sim

15. Fez análises sanguíneas nos últimos 12 meses? Não Sim (passar à pergunta 16)

15.1. Se sim, estas incluíam colesterol e/ou triglicéridos? Não Sim NS

16. Nos últimos 12 meses quantas vezes consultou um médico?

17. Alguma vez um(a) médico(a) lhe diagnosticou uma alteração nas **gorduras do sangue** (dislipidemia)?

Não (passar à pergunta 18) Sim

17.1. Se sim, desde que idade?

17.2. Na altura do diagnóstico que tratamento lhe foi prescrito ou recomendado?

Medicamentos Não Sim Se sim, qual(is)?

Dieta e exercício Não Sim

Outro. Não Sim Se sim, qual(is)?

18. Alguma vez um(a) médico(a) lhe diagnosticou **hipertensão**? Não (passar à pergunta 19) Sim

18.1. Se sim, com que idade?

18.2. Foi durante uma gravidez que lhe foi feito o diagnóstico? Não (passar à pergunta 18.3) Sim

Se sim,

18.2.1. Foi diagnosticada pré-eclampsia/eclampsia? Não Eclampsia Pré-eclampsia

18.2.2. Foi durante a gravidez deste filho (criança GXXI)? Não Sim

18.2.3. Passou após a gravidez? Não, manteve-se Sim, foi só gestacional

18.3. Na altura do diagnóstico que tratamento lhe foi prescrito?

Medicamentos Não Sim Se sim, qual(is)?

Dieta e exercício Não Sim

Outro. Não Sim Se sim, qual(is)?



19. Alguma vez um(a) médico(a) lhe diagnosticou **diabetes**? Não (passar à pergunta 20) Sim

19.1. Se sim, com que idade?

19.2. De que tipo? Tipo 1 Tipo 2 Gestacional

19.2.1. Se foi gestacional, foi durante a gravidez desta criança (GXXI)? Não Sim

19.2.1.1. Se sim, passou após a gravidez? Não, manteve-se Sim, foi só gestacional

19.3. Que tipo de tratamento fez ou faz?

Comprimidos (anti-diabéticos) Não Sim

Insulina Não Sim

Dieta e exercício Não Sim

20. Alguma vez um(a) médico(a) lhe diagnosticou :

	Não	Sim	NS	Com que idade? (anos)
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Angina de Peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Arritmia. Qual(is)? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Febre reumática ou reumatismo articular agudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Insuficiência Cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Outra doença cardíaca. Qual(is)? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Acidente Vascular Cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hipertiroidismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Cancro. Qual(is)? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

21. Tem **actualmente** alguma doença que a obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, etc.)?

Não (passar à pergunta 22) Sim

21.1. Se sim, qual(is)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>

27. Durante a gravidez (criança GXXI) alterou a sua prática de exercício físico?

- Não (passar à pergunta 28)
- Sim, começou a praticar exercício físico
- Sim, aumentou a prática de exercício físico
- Sim, reduziu a prática de exercício físico
- Sim, parou de praticar exercício físico (passar à pergunta 27.2)

27.1. Se alterou a prática de exercício físico, qual(is) e durante quanto tempo praticou durante a gravidez?

- Caminhar calmamente, golf, tênis de mesa, bilhar Não Sim , min/dia
- Caminhar apressada, tênis, dança, natação, ciclismo Não Sim , min/dia
- Correr, aeróbica, basquetebol, futebol, atletismo Não Sim , min/dia
- Outro. Qual(is)? Não Sim , min/dia

27.2. Se alterou a prática de exercício físico durante a gravidez, após o parto retomou a sua prática habitual de exercício físico?

- Não Sim semanas após o parto (passar à pergunta 28)

27.2.1. Se não, qual(is) e durante quanto tempo passou a praticar?

- Caminhar calmamente, golf, tênis de mesa, bilhar Não Sim , min/dia
- Caminhar apressada, tênis, dança, natação, ciclismo Não Sim , min/dia
- Correr, aeróbica, basquetebol, futebol, atletismo Não Sim , min/dia
- Outro. Qual(is)? Não Sim , min/dia

IV. Hábitos Tabágicos

28. Fuma ou alguma vez fumou? Não (passar à pergunta 30) Sim

28.1. Se sim,

- Fuma pelo menos 1 vez/dia
- Fuma menos de 1 vez/dia (passar à pergunta 28.3)
- É ex-fumador (não fuma há pelo menos 6 meses) (passar à pergunta 28.3)

28.2. No último ano qual a frequência do seu consumo?

- Cigarros , dia
- Outro. Qual? , dia

28.3. Com que idade começou a fumar? anos

28.4. Se é ex-fumadora, com que idade parou de fumar? anos

28.5. Qual o número de cigarros que fumou durante um maior período de tempo? , dia



29. **Antes de engravidar (criança GXXI)** fumava? Não (passar à pergunta 30) Sim

29.1. **Durante a gravidez (criança GXXI)** alterou o seu consumo de tabaco?

- Não (passar à pergunta 30)
- Sim, aumentou para , cigarros/dia
- Sim, reduziu para , cigarros/dia
- Sim, parou de fumar às semanas

29.1.1. Se sim, após o parto retomou a sua frequência de consumo de tabaco habitual?

- Sim semanas após o parto
- Não, manteve o mesmo consumo que durante a gravidez
- Não, alterou para , cigarros/dia
- Não, deixou de fumar

V. Hábitos Alcoólicos

30. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas mesmo que apenas ocasionalmente?

- Não (passar à pergunta 33) Sim

30.1 Com que idade começou a beber? anos

31. **No último ano**, qual a frequência e doses de consumo:

	Frequência									Quantidade			sazonal	
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual		Maior
Vinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	125 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerveja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	330 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas brancas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas Espirituosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. **Antes de engravidar (criança GXXI)** consumia bebidas alcoólicas?

- Não (passar à pergunta 33) Sim

32.1. **Durante a gravidez (criança GXXI)** alterou o consumo de bebidas alcoólicas?

- Não (passar à pergunta 33)
- Sim, aumentou o consumo de bebidas alcoólicas
- Sim, reduziu o consumo de bebidas alcoólicas
- Sim, parou de beber às semanas

32.1.1. Se sim, após o parto retomou a sua frequência de consumo de bebidas alcoólicas habitual?

- Sim semanas após o parto
 Não, manteve o mesmo consumo que durante a gravidez
 Não, reduziu o consumo de bebidas alcoólicas
 Não, aumentou o consumo de bebidas alcoólicas
 Não, deixou de consumir bebidas alcoólicas

VI. Hábitos Alimentares

33. Toma o pequeno-almoço? Não, nunca Sim, por vezes Sim, sempre
- 33.1. Se sim, fá-lo em casa? Não, nunca Sim, por vezes Sim, sempre
- 33.2. Se sim, costuma tomá-lo sentada à mesa? Não, nunca Sim, por vezes Sim, sempre

34. Quantas refeições diárias faz (refeições principais e lanches)? refeições

35. Numa semana habitual, quantas das refeições principais (almoço ou jantar) são feitas sentada à mesa?
 refeições

36. Numa semana habitual, quantas das refeições principais (almoço ou jantar) são feitas em estabelecimentos de restauração (cafés, restaurantes, cantinas, etc)? refeições

37. Como classificaria a sua alimentação, numa escala de 1 a 10 (em que 1 = Nada saudável e 10 = Extremamente saudável)?

Durante a semana

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada saudável Extremamente saudável

Ao fim-de-semana

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada saudável Extremamente saudável

38. Pretendemos, agora, identificar o seu consumo alimentar relativo a algum tipo de alimentos. Para cada um dos seguintes alimentos, refira quantas vezes, em média, por dia, semana ou mês os consumiu, no último ano.

Alimento	4 ou mais vezes por dia	2 a 3 vezes por dia	Uma vez por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca
Leite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais no prato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bolos (caseiros ou de pastelaria, incluindo croissant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rissóis, croquetes, pastéis de bacalhau, chamuça, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

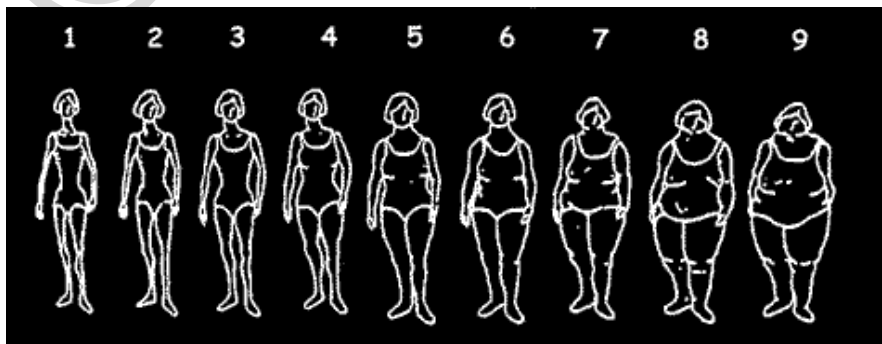
Alimento	4 ou mais vezes por dia	2 a 3 vezes por dia	Uma vez por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca
Peixe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes vermelhas (porco, vaca, cabrito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiambre, chouriço, salpicão, presunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descafeinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chá verde, chá branco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chá Preto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colas (ex: Coca-cola [®] , pepsi-cola [®] , etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ice Tea [®]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros Refrigerantes (ex. Sumol [®] , 7Up [®] , etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Néctares de fruta embalados (ex. Compal [®] , etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. **Durante a gravidez (criança GXXI)** alterou os seus hábitos alimentares?

	Não	Aumentou	Diminuiu	Se <i>alterou</i> , retomou os seus hábitos usuais	
Ingestão de água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Ingestão de leite e laticínios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Ingestão de hortofrutícolas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Número de refeições diárias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Quantidade de alimentos ingeridos (sem favorecer um grupo particular de alimentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Outra(s). Qual(is)? <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim

VII. Imagem corporal

40. Das figuras apresentadas, com qual se identifica mais?



41. Quanto pesa actualmente? , kg

42. Quanto mede? cm

43. Qual o seu peso antes de engravidar (criança GXXI)? , kg

44. Qual o seu peso no final da gravidez (criança GXXI)? , kg

45. Após a gravidez da criança GXXI, conseguiu recuperar o seu peso habitual antes de engravidar?

Não (passar à pergunta 45.1) Sim (passar à pergunta 45.2) Não se aplica (passar à pergunta 46)

45.1. Se não, com quantos Kg de diferença ficou? aumentou diminuiu kg

45.2. Se sim, quanto tempo após o parto? meses após o parto

2ª medição da tensão arterial

VIII. MENSURAÇÕES OBJECTIVAS

Para terminar gostava de fazer algumas medições

INQUIRIDOR

Dados Antropométricos

46. Peso:

46.1. Peso actual: , kg

Balança

47. Estatura:

47.1. Estatura: , cm

Estadiómetro

48. Perímetros:

48.1. Cintura: , cm

48.2 Anca: , cm

49. Pressão Arterial:

Esfigmomanómetro

49.1. Sistólica: 1ª 2ª 3ª

49.2. Diastólica: 1ª 2ª 3ª

49.3. As medições foram realizadas após o tempo em repouso recomendado (5 minutos ou mais)?

Não Sim

50. Frequência Cardíaca: 1ª /min 2ª /min 3ª /min

Observações:

HORA DE FIM :

