



QUESTIONÁRIO DE RASTREAMENTO METABÓLICO

Nome: _____ data: _____

Fone: _____ Idade: _____

Email: _____

Avalie cada sintoma baseado em seu perfil de saúde típica nos últimos 30 dias de acordo com a escala de pontos abaixo:

Escala de pontos:

- 0 - Nunca ou quase nunca teve o sintoma
- 1- Ocasionalmente teve, efeito não foi severo
- 2- Ocasionalmente teve, efeito foi severo
- 3- Frequentemente teve, efeito não foi severo
- 4- Frequentemente teve, efeito foi severo

CABEÇA ----- Dor de cabeça
----- Sensação de desmaio
----- Tonturas
----- Insônia

Total:

OLHOS ----- Lacrimejantes ou coçando
----- Inchados, vermelhos ou com cílios colando
----- Bolsas ou olheiras abaixo dos olhos
----- Visão borrada ou em túnel (não inclui miopia ou astigmatismo)

Total:

OUVIDOS ----- Coceira
----- Dores de ouvido, infecções auditivas
----- Retirada de fluido purulento do ouvido
----- Zunido, perda da audição

Total:

NARIZ ----- Entupido
----- Problemas de seios nasais (sinusite)
----- Corrimento nasal, espirros, lacrimejamento e coceira dos olhos (todos juntos)
----- Ataques de espirros
----- Excessiva formação de muco

Total:

BOCA/GARGANTA----- Tosse crônica
----- Freqüente necessidade de limpar a garganta
----- Dor de garganta, rouquidão ou perda da voz
----- Língua gengivas ou lábios inchados / descoloridos
----- Aftas

Total:

PELE ----- Acne
----- Feridas que coçam, erupções ou pele seca
----- Perda de cabelo
----- Vermelhidão, calorões
----- Suor excessivo

Total:

CORAÇÃO ----- Batidas irregulares ou falhando
----- Batidas rápidas demais
----- Dor no peito



Total:

PULMÕES ----- Congestão no peito
----- Asma, bronquite
----- Pouco fôlego
----- Dificuldade para respirar

Total:

TRATO DIGESTIVO ----- Náuseas, vômito
----- Diarréia
----- Constipação, prisão de ventre
----- Sente-se inchado, abdômen distendido
----- Arrotos e/ ou gases intestinais
----- Azia
----- Dor estomacal / intestinal

Total:

ARTICULAÇÕES/MÚSCULOS ----- Dores articulares
----- Artrite / artrose
----- Rigidez ou limitação dos movimentos
----- Dores musculares
----- Sensação de fraqueza ou cansaço

Total:

ENERGIA/ ATIVIDADE ----- Fadiga, moleza
----- Apatia, letargia
----- Hiperatividade
----- Dificuldade em descansar, relaxar

Total:

MENTE ----- Memória ruim
----- Confusão mental, compreensão ruim
----- Concentração ruim
----- Fraca concentração motora
----- Dificuldade em tomar decisões
----- Fala com repetições de sons ou palavras, com várias pausas involuntárias
----- Pronuncia palavras de forma indistinta, confusa
----- Problemas de aprendizagem

Total:

EMOÇÕES ----- Mudanças de humor
----- Ansiedade, medo, nervosismo
----- Raiva, irritabilidade, agressividade
----- Depressão

Total:

OUTROS ----- Frequentemente doente
----- Freqüente ou urgente vontade de urinar
----- Coceira genital ou corrimento

Total:

TOTAL GERAL:

Resultados:

Pontos	Interpretação
< 20 pontos	Pessoas mais saudáveis, com menor chance de terem hipersensibilidade
> 30 pontos	Indicativo de existência de hipersensibilidades

Av. Presidente Vargas,
nº 2355, Sala 614
Policlínica Wilson Aita
Santa Maria – RS



Graziela Albuquerque
Nutricionista
CRN 26517

Whatsapp: 55 999 979 854
/nutrigrazielaalbuquerque
@nutrigrazielaalbuquerque

55 3217-2522

www.grazielaalbuquerque.com.br

> 40 pontos	Absoluta certeza de existência de hipersensibilidade
> 100 pontos	Pessoas com saúde muito ruim – alta dificuldade para executar tarefas diárias, pode estar associada à presença de outras doenças crônicas e degenerativas