

QUESTIONÁRIO EPITeen

13 ANOS

ADOLESCENTE

Não preencher

ID

Grid for ID number: 10 empty boxes.

Escola: Grid for school name: 25 empty boxes.

1. Nome: Grid for first name: 25 empty boxes.

Grid for second name: 25 empty boxes.

2.1 Ano: 1 empty box.

2.2 Turma: 1 empty box.

3. nº: 2 empty boxes.

4. E-mail: Grid for email address: 25 empty boxes.

5. Nome do encarregado de educação: Grid for name of education guardian: 25 empty boxes.

Grid for second name of education guardian: 25 empty boxes.

6. Morada: Grid for address line 1: 25 empty boxes.

Grid for address line 2: 25 empty boxes.

7. Código Postal: Grid for postal code: 5 empty boxes followed by a dash and 4 empty boxes.

8. Localidade: Grid for locality: 25 empty boxes.

9. Telefone de Casa: Grid for home phone: 10 empty boxes.

10. Teu telemóvel: Grid for mobile phone: 10 empty boxes.

11. Outro telefone de contacto: Grid for other contact phone: 10 empty boxes.



ID

1. Qual a tua data de nascimento?

- -

dia mês ano

2. Quantas pessoas vivem na casa onde moras (contando contigo)?

2.1. Com quem vives? (assinala todas as pessoas que vivem na mesma casa que tu)

- Pai
- Mãe
- Irmãos/Irmãs
- Avô/Avó
- Outra pessoa ou pessoas Quem?

3. Quantos quartos (de dormir) tem a casa onde moras?

4. Quantos irmãos/irmãs mais novos tens?

5. Quantos irmãos/irmãs mais velhos tens?

6. Algum dos teus irmãos/irmãs já deixou de estudar? não sim

7. Quando fores adulto, qual a profissão que gostarias de ter?

NOS TEUS TEMPOS LIVRES

8. Nos últimos três meses, leste algum livro? não sim

8.1. **Se sim**, qual ou quais os livros que leste?

9. Nos últimos três meses, foste ao cinema? não sim

9.1. **Se sim**, que filmes foste ver?



HÁBITOS TABÁGICOS

10. Fumas ou alguma vez fumaste? não sim
(Se não, passa para a questão 11)

10.1. **Se sim:**

- já experimentaste, mas não fumas
- fumas, mas não todos os dias
- fumas pelo menos 1 cigarro por dia

10.2. Experimentaste o primeiro cigarro aos

--	--

 anos

10.3. No último mês, quantos cigarros fumaste?

--	--	--	--	--

 cigarros

10.4 a) Em que local ou locais fumas ou fumaste?

Em casa não sim

Na escola não sim

No café/bar não sim

Outro não sim **Se sim, onde?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10.4 b) Dos locais que assinalaste, qual o **local** onde fumas ou fumaste **mais** cigarros?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10.5 a) Por que razão ou razões fumas ou fumaste?

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Porque me dá conforto | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque sou nervoso | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque há na minha família quem fume | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque não me sinto bem de outra maneira | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque gosto do sabor | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Por hábito | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque me liberta de preocupações e problemas | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque sinto prazer | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque os meus amigos fumam | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Para não engordar | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Devido ao aborrecimento | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Outra razão | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |

Se tens outra razão, diz qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10.5 b) Das razões que assinalaste, qual a que consideras mais importante?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



11. Dos teus familiares, quem fuma ou fumou?

(assinala a resposta para cada alínea sem preencher os rectângulos sombreados)

Se a pessoa já faleceu responde o que fazia antes de falecer

	Nunca Fumou	Fumou, mas deixou de fumar	Fuma	Não sei	Não tenho
Pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão mais novo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmão mais velho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmã mais nova	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irmã mais velha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avó (a mãe do pai ou da mãe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Avô (o pai do pai ou da mãe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

11.1. Quem é a pessoa sobre a qual respondeste na alínea "Outro"?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Algum dos teus amigos fuma? não sim

13. Consideras que fumar é:

- Inofensivo (que não ofende) não sim não sei
Perigoso para a saúde não sim não sei
Perigoso para as actividades diárias não sim não sei
Um vício difícil de tratar não sim não sei
Uma necessidade para viver melhor não sim não sei

14. Alguma das pessoas que vive em tua casa fuma (não te incluindo a ti)? não sim

14.1. Se sim, quantas pessoas?

--	--

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

15. Bebes ou alguma vez bebeste (mesmo que só tenhas experimentado) bebidas alcoólicas (por exemplo: vinho, cerveja, licores, bebidas brancas, etc)? não sim

(Se não, passa para a questão 16)

15.1 Se sim:

- bebes todos os dias
- não bebes todos os dias, mas pelo menos 1 copo por semana
- bebes menos de 1 copo por semana
- já alguma vez experimentaste, mas não bebes

15.2. A primeira vez que experimentaste bebidas alcoólicas tinhas

--	--

 anos

15.3 a) Em que local ou locais bebes ou bebeste bebidas alcoólicas?

Em casa não sim

Na escola não sim

No café/bar não sim

Outro não sim **Se sim, onde?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. 3 b) Dos locais que assinalaste, qual **o local** onde bebes ou bebeste **mais vezes**?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15.4 a) Por que razão ou razões bebes ou bebeste?

- | | | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Porque me dá conforto | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque sou nervoso | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque há na minha família quem bebe | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque não me sinto bem de outra maneira | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque gosto do sabor | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Por hábito | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque me liberta de preocupações e problemas | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque sinto prazer | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Porque os meus amigos bebem | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Para não engordar | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Devido ao aborrecimento | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| Outra razão | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |

Se tens outra razão, diz qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15.4 b) Das razões que assinalaste, qual a que consideras **mais importante**?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. Algum dos teus amigos bebe bebidas alcoólicas? não sim

17. Consideras que beber bebidas alcoólicas é:

Inofensivo (que não ofende) não sim não sei

Perigoso para a saúde não sim não sei

Perigoso para as actividades diárias não sim não sei

Um vício difícil de tratar não sim não sei

Uma necessidade para viver melhor não sim não sei

18. Alguma das pessoas que vive em tua casa bebe bebidas alcoólicas (**não te incluindo a ti**)? não sim

18.1. **Se sim**, quantas pessoas?

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19. Quantas vezes escovas os dentes por dia?
- Mais de 2 vezes por dia
 - 2 vezes por dia
 - 1 vez por dia
 - Às vezes, mas não todos os dias
 - Raramente
20. Quantas vezes utilizas o fio dentário entre os dentes?
- Todos os dias
 - Dia sim / dia não
 - 2 a 3 vezes por semana
 - 1 vez por semana ou menos
 - Nunca
21. Qual a frequência com que mudas a escova de dentes?
- 1 vez por mês ou mais frequentemente
 - Mês sim / mês não
 - 1 vez em cada 3 meses
 - 1 vez em cada 6 meses
 - 1 vez por ano
 - Não sei
22. Que tipo de escova utilizas para escovar os dentes?
- Manual
 - A pilhas
 - Eléctrica
23. Utilizas flúor noutras formas como comprimidos/elixir (bochecho)?
- Sim, diariamente
 - Sim, às vezes
 - Não
 - Não sei
24. Costumas ir ao Dentista?
- Sim, mais de 2 vezes por ano
 - Sim, de 6 em 6 meses (2 vezes por ano)
 - Sim, uma vez por ano
 - Apenas quando tenho algum problema
 - Nunca fui ao dentista



25. Normalmente quantas vezes **tomas banho** por semana?

- Todos os dias
- Dia sim / dia não
- 2 a 3 vezes por semana
- 1 vez por semana ou menos

26. Para cada uma das seguintes situações responde com que frequência **Lavas as Mãos**

26.1. **Antes** de ir à casa de banho

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

26.2. **Antes** de mexer em comida

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

26.3. **Antes** das refeições

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

26.4. **Depois** de ir à casa de banho

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

26.5. **Depois** de brincar/jogar

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

26.6. **Depois** de mexer em animais domésticos

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

26.7. Quando as mãos estão sujas

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Quase nunca
- Nunca

27. Nos últimos **seis meses** estiveste doente com **diarreia**?

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 vezes
- 4 vezes ou mais

28. Nos últimos **seis meses** estiveste doente com **vómitos**?

- Nenhuma vez
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 vezes
- 4 vezes ou mais



29. Como costumavas ir para a escola?
 de Automóvel de Autocarro a Pé de Bicicleta de Mota
30. Quanto tempo demoras para chegar à escola?
 menos de 15 minutos 15 a 30 minutos 30 a 60 minutos mais de 60 minutos
31. Fazes parte de actividades desportivas extra-escola (num clube ou outro sítio)?
 Nunca
 menos de 1 vez por semana
 1 vez por semana
 2 a 3 vezes por semana
 4 a 6 vezes por semana
 Quase todos os dias
32. Participas em actividades de lazer (ocupação de tempos livres) sem integrares um clube?
 Nunca
 menos de 1 vez por semana
 1 vez por semana
 2 a 3 vezes por semana
 4 a 6 vezes por semana
 Quase todos os dias
33. Para além das horas lectivas, quantas vezes praticas desportos durante, pelo menos, vinte minutos?
 Nunca
 Pelo menos de 1 vez por mês
 Entre 1 vez por mês e 1 vez por semana
 Entre 2 a 3 vezes por semana
 Entre 4 a 6 vezes por semana
 Todos os dias
34. Fora do tempo escolar, quanto tempo por semana dedicas à prática de actividades desportivas ao ponto de ficares ofegante (respirar depressa e com dificuldade) ou transpirado?
 Nunca
 Entre meia hora e uma hora
 Entre 1 a 2 horas
 Entre 2 a 3 horas
 Entre 4 a 6 horas
 Sete ou mais horas
35. Participas em competições desportivas?
 Nunca participei
 Não participo, mas já participei
 Sim, a nível interescolar
 Sim, ao nível de um clube
 Sim, a nível nacional e/ou internacional



QUESTIONÁRIO EPITeen

13 ANOS

PAIS



46810

Não preencher

ID																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Toda a informação que nos fornecer é absolutamente confidencial. Contudo, para no futuro o podermos contactar, pedimos os seus contactos que serão arquivados separadamente da restante informação. De acordo com as regras nacionais de protecção de dados, toda a informação recolhida pode ser consultada pelo próprio.

1. Nome do aluno:

2. Nome do Encarregado de Educação:

3. Morada:

4. Código Postal:

5.1 Freguesia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.2. Concelho

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Telefone de Casa

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Telemóvel do Pai:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Telemóvel da Mãe:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. E-mail do Pai

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. E-mail da Mãe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



46810

ID

Para começar, gostaríamos que nos respondesse a algumas questões sobre a gestação e o período neonatal do seu filho. Se possível, consulte o "**Boletim de Saúde Infantil e Juvenil**".

1. Em que hospital ou maternidade nasceu o seu filho?

1.1. Nome do Hospital:

1.2. Localidade:

2. Qual a data de nascimento do seu filho?

 - -
 dia mês ano

3. Qual a duração da gravidez?

 semanas

4. Qual o peso ao nascer do seu filho?

 g

5. Qual o comprimento do seu filho quando nasceu?

 , cm

6. Qual o perímetro cefálico do seu filho quando nasceu?

 , cm

7. Quando o seu filho nasceu esteve internado numa unidade de cuidados intensivos ou na neonatologia?

não sim

7.1. **Se sim**, precisou de estar numa incubadora?

não sim

7.1 a) **Se sim**, durante quantos dias?

 dias

Qual o motivo?

8. O seu filho foi amamentado ao peito?

não sim

(Se não, passe à questão 9)

Se sim:

8.1. Até que idade o seu filho foi alimentado **só com leite materno**, isto é, nem água bebia?

 semanas

Se não se recorda, foi:

- menos de uma semana
 mais de uma semana, mas menos de um mês
 um mês ou mais

8.2. Até que idade (semanas ou meses) o seu filho foi alimentado apenas **com leite materno e água**?

 semanas / meses
 riscar o que não interessa

Se não se recorda, foi:

- menos de uma semana
 mais de uma semana, mas menos de um mês
 mais de um mês, mas menos de três meses
 três meses ou mais

8.3. Até que idade o seu filho foi amamentado com leite materno mesmo que já comesse e bebesse outros alimentos?

 meses

9. Que idade tinha o seu filho quando começou a beber leite de vaca "em natureza"?

 meses

10. Que idade tinha o seu filho quando começou a comer ou beber outros alimentos que não o leite?

 meses



46810

ID 17. Durante os **últimos 12 meses** o seu filho **tomou algum medicamento**? não sim17.1. **Se sim**, qual(is) o(s) medicamento(s) e durante quanto tempo os tomou nos **últimos 12 meses**?

Nome Comercial do Medicamento	Dosagem	Número de administrações/dia	Há quanto tempo o toma?	Qual o ritmo da toma?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> Episódico, em SOS <input type="radio"/> de forma descontinuada mas frequente <input type="radio"/> Contínuo (Diariamente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> Episódico, em SOS <input type="radio"/> de forma descontinuada mas frequente <input type="radio"/> Contínuo (Diariamente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> Episódico, em SOS <input type="radio"/> de forma descontinuada mas frequente <input type="radio"/> Contínuo (Diariamente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> Episódico, em SOS <input type="radio"/> de forma descontinuada mas frequente <input type="radio"/> Contínuo (Diariamente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> Episódico, em SOS <input type="radio"/> de forma descontinuada mas frequente <input type="radio"/> Contínuo (Diariamente)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	<input type="radio"/> Episódico, em SOS <input type="radio"/> de forma descontinuada mas frequente <input type="radio"/> Contínuo (Diariamente)

17.2. Desse(s) medicamento(s) tomou algum no **último mês**? não sim**Se sim,**

Qual o nome comercial?

Quem indicou o medicamento?

Se outro, qual?Médico Farmacêutico Outro Médico Farmacêutico Outro Médico Farmacêutico Outro Médico Farmacêutico Outro Médico Farmacêutico Outro Médico Farmacêutico Outro



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--

O seu filho:

21.1. Já **alguma vez** teve crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando não estava constipado ou com gripe?

não sim

(Se não, passe à questão 21.6)

21.2. Se **sim**, nos **últimos 12 meses** teve crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando não estava constipado ou com gripe?

não sim

(Se não, passe à questão 21.6)

21.3. Se **sim**, nos **últimos 12 meses** esse problema do nariz foi acompanhado por olhos lacrimejantes e com comichão?

não sim

21.4. Em qual ou quais dos **últimos 12 meses** ocorreu esse problema no nariz?
(por favor, assinale com X os meses em que isso aconteceu)

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Janeiro | <input type="checkbox"/> Maio | <input type="checkbox"/> Setembro |
| <input type="checkbox"/> Fevereiro | <input type="checkbox"/> Junho | <input type="checkbox"/> Outubro |
| <input type="checkbox"/> Março | <input type="checkbox"/> Julho | <input type="checkbox"/> Novembro |
| <input type="checkbox"/> Abril | <input type="checkbox"/> Agosto | <input type="checkbox"/> Dezembro |

21.5. Nos últimos 12 meses esse problema afectou as actividades da vida diária do seu filho?

nada um pouco mais ou menos muito

O seu filho:

21.6. Já alguma vez teve febre dos fenos? não sim

22.1. Já **alguma vez** teve pieira ou assobios (silvos) no peito? não sim

(Se não, passe à questão 22.6)

22.2. Se **sim**, teve pieira ou assobios (silvos) no peito durante os **últimos 12 meses**? não sim
(Se não, passe à questão 22.6)

22.3. Quantos ataques de pieira teve nos **últimos 12 meses**?

- nenhum
 1 a 3
 4 a 12
 mais de 12

22.4. Nos **últimos 12 meses**, quantas vezes, em média, acordou devido à pieira?

- nunca
 menos de 1 noite por semana
 1 ou mais noites por semana

22.5. Nos **últimos 12 meses**, a pieira foi suficientemente forte para limitar a conversa a apenas uma ou duas palavras, entre duas respirações? não sim



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

O seu filho:22.6. Já **alguma vez** teve asma? não sim22.7. Nos **últimos 12 meses**, alguma vez sentiu pieira no peito durante ou depois de fazer exercício? não sim22.8. Nos **últimos 12 meses**, teve tosse seca à noite, além da tosse associada à constipação ou infecção respiratória? não sim22.9. Nos **últimos 12 meses**, teve algum ataque de asma? não sim22.10. Toma **actualmente** algum **medicamento** para a **asma**? não sim
(incluindo aerossois, inaladores, xaropes ou comprimidos)22.11. Está a fazer alguma medicação (gotas, sprays, xaropes ou comprimidos) para o nariz? não sim**O seu filho:**23.1. Já alguma vez teve alterações na pele com comichão que apareciam e desapareciam, durante **pelo menos 6 meses**? não sim**(Se não, passe à questão 23.6)**23.2. **Se sim**, teve estas alterações na pele com comichão nos **últimos 12 meses**? não sim**(Se não, passe à questão 23.6)**

23.3. Estas alterações na pele com comichão afectaram-lhe alguma vez qualquer uma destas partes: as dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, frente dos tornozelos, entre as nádegas ou à volta do pescoço, orelhas ou olhos?

 não sim23.4. Alguma vez durante os **últimos 12 meses** esta comichão passou completamente? não sim23.5. Nos **últimos 12 meses** quantas vezes, em média, acordou a meio da noite por causa da comichão? nunca menos de 1 noite por semana 1 ou mais noites por semana**O seu filho:**23.6. Já alguma vez teve eczema? não sim



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

24.1. Alguma vez teve alergia a algum alimento? não sim

(Se não, passe à questão 25.1)

Se sim, a que alimento(s)?

24.2. Quando teve a alergia teve ou sentiu:

(assinale se o seu filho teve/sentiu, ou não, alguma destas situações quando teve a alergia)

- a) Comichão, manchas vermelhas, borbulhas ou inchaços na pele? não sim
- b) Comichão nos olhos, lacrimejo ou olhos vermelhos? não sim
- c) Espirros, comichão no nariz, pingos ou nariz tapado? não sim
- d) Falta de ar, tosse, pieira ou chieira? não sim
- e) Vômitos, dores de barriga ou diarreia? não sim
- f) Perdeu os sentidos? não sim

24.3. Alguma vez deixou de comer um alimento por ter alergia? não sim24.4. Nos últimos 12 meses comeu esse alimento? não sim24.5. Nos últimos 12 meses teve esta alergia? não sim24.6. Esta alergia foi diagnosticada por um médico? não sim25.1. Alguma vez teve alergia a algum medicamento? não sim

(Se não, passe à questão 26)

Se sim, a que medicamentos(s)?

25.2. Quando teve a alergia teve ou sentiu:

(assinale se o seu filho teve/sentiu, ou não, alguma destas situações quando teve a

- a) Comichão, manchas vermelhas, borbulhas ou inchaços na pele? não sim
- b) Comichão nos olhos, lacrimejo ou olhos vermelhos? não sim
- c) Espirros, comichão no nariz, pingos ou nariz tapado? não sim
- d) Falta de ar, tosse, pieira ou chieira? não sim
- e) Vômitos, dores de barriga ou diarreia? não sim
- f) Perdeu os sentidos? não sim

25.3. Voltou a tomar esse medicamento? não sim25.4. Nos últimos 12 meses tomou esse medicamento? não sim25.5. Nos últimos 12 meses teve esta alergia? não sim25.6. Esta alergia foi diagnosticada por um médico? não sim26. Actualmente, qual o **peso** do seu filho?

 ,

 Kg27. Actualmente, qual a **altura** do seu filho?

 ,

 m



46810

ID

Gostaríamos de conhecer algumas das actividades e dos hábitos do seu filho pelo que, lhe pedimos que ajude o seu filho a responder às questões que se seguem.

Relativamente às actividades que praticas:

28. Durante a semana e no período de aulas

28.1. Habitualmente a que horas te deitas?

		:		
horas			minutos	

28.2. Habitualmente, a que horas te levantas?

		:		
horas			minutos	

29. Quanto tempo passas, por semana, na escola?

		:		horas
--	--	---	--	-------

30. Na escola:

30.1. Qual destas situações descreve melhor as tuas actividades durante o intervalo/recreio?

- Passo a maior parte do tempo sentado
- Passo a maior parte do tempo de pé e/ou a andar (sem correr)
- Passo metade do tempo activo (a andar, a jogar) e metade do tempo de pé sem outra actividade
- Passo a maior parte do tempo muito activo (a correr, a jogar)

31. Nos teus tempos livres fora da escola:

31.1. Qual destas situações descreve melhor as tuas actividades?

- Passo a maior parte do tempo sentado
- Passo a maior parte do tempo de pé e/ou a andar (sem correr)
- Passo metade do tempo activo (a andar, a jogar) e metade do tempo de pé sem outra actividade
- Passo a maior parte do tempo muito activo (a correr, a jogar)

31.2 a) Durante os dias de semana (de segunda a sexta), quanto tempo passas, por dia, a ler, a estudar ou a fazer os trabalhos de casa?

		:		
horas			minutos	

31.2 b) Durante o fim de semana, quanto tempo passas, a ler, a estudar ou a fazer os trabalhos de casa?

		:		
horas			minutos	

31.3 a) Durante os dias de semana (de segunda a sexta), quanto tempo passas, por dia, a ver televisão?

		:		
horas			minutos	

31.3 b) Durante o fim de semana, quanto tempo passas a ver televisão?

		:		
horas			minutos	

31.4a. Durante os dias de semana (de segunda a sexta), quanto tempo passas, por dia, a jogar jogos de computador ou playstation?

		:		
horas			minutos	

31.4b. Durante o fim de semana, quanto tempo passas a jogar jogos de computador ou playstation?

		:		
horas			minutos	

31.5. Costumas praticar algum desporto fora das actividades da escola?

não sim

Se sim, qual(is) e quanto tempo praticas por semana?

ex:

n	a	d	a	r										

		:			horas
		:			horas
		:			horas



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relativamente à tua alimentação:

32. Durante **os últimos 12 meses**, modificaste alguma coisa na tua alimentação ? não sim**Se sim,**32.1. Há quanto tempo?

--	--

 meses

32.2. Qual(is) as principais alterações?

--

32.3. Qual(is) as principais razões pelas quais modificaste a tua alimentação?

--

33. Habitualmente tomas o pequeno almoço? não sim**Se sim,**33.1. **A que horas** tomas o pequeno almoço?

--	--

 :

--	--

horas minutos33.2. **Onde** tomas o pequeno almoço? em casa na escola fora de casa (não na escola)34. **Habitualmente**, quantas vezes **por semana** comes na cantina da escola?

--	--

35. Na maioria das vezes, como é **cozinhado** o **peixe** que comes? (escolhe **apenas** a que comes **mais vezes**) Cozido Grelhado frito assado estufado36. Na maioria das vezes, como é **cozinhada** a **carne** que comes? (escolhe **apenas** a que comes **mais vezes**) Cozido Grelhado frito assado estufado37. Com que frequência comes **fritos** (exemplo: batatas fritas, douradinhos, frango frito, croquetes...)? diariamente 4-6 vezes por semana
 1-3 vezes por semana menos que uma vez por semana38. Que tipo de **flocos de cereais** comes habitualmente?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especifique o tipo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especifique a marca

39. Que tipo de **sumos** bebes habitualmente?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especifique o tipo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Especifique a marca

40. Habitualmente, quantas **peças de fruta** comes **por semana**?

--	--

41. Habitualmente, bebes ou comes **produtos light** ou **dietéticos**? não sim41.1. Que tipo de produtos **light** ou **dietéticos** bebes ou comes habitualmente?

--

Especifique o tipo e a marca



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

42. O questionário seguinte tem como objectivo avaliar a alimentação do seu filho. Por favor, procure ajudar o seu filho a responder às questões de uma forma sincera, indicando aquilo que realmente come e não o que gostaria de comer, ou pensa que seria correcto comer

O questionário pretende identificar o consumo de alimentos do ano anterior. Assim para cada alimento, deves assinalar, no respectivo círculo, quantas vezes por dia, semana ou mês comeste em média cada um dos alimentos referidos nesta lista, **nos últimos 12 meses**. Não te esqueças de assinalar os alimentos que **nunca** comeste, ou comeste menos de 1 vez por mês.

Não te esqueças de ter em conta as vezes que o alimento é consumido sozinho e aquelas em que é adicionado a outros alimentos ou pratos (ex: café com leite, os ovos das omeletas, etc).

Para os alimentos que só comeste em determinadas épocas do ano (por ex: cerejas ou diospiros), assinala as vezes em que comeste o alimento nessa época, e coloca uma cruz (x) na **última coluna (Sazonal)**.

No item nº 85, anota a frequência com que comes sopa de legumes. Quando consumes caldo verde, canja ou sopa instantânea, com uma frequência de **pelo menos 1 vez por semana**, deves assinalar este alimento no quadro existente para outros alimentos, tendo o cuidado de não o contar na frequência que referes para a sopa de legumes.

Se houver algum alimento não mencionado na lista de alimentos e que comes pelo menos 1 vez por semana, assinala, no quadro que existe para **outros alimentos**, a respectiva frequência e indica a quantidade que costumavas comer de cada vez. **Por ex: frutos tropicais, sumos de fruta natural, farinha de pau, canja, alheiras, cevada, rebuçados, etc.**

Por exemplo: se bebes leite 2 vezes por dia e o leite que bebes é meio gordo, se a maior parte dos gelados que comes é no verão e nessa época comes um gelado por dia:

I. P. LÁCTEOS	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
1. Leite gordo	●	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>
2. Leite meio-gordo	○	○	○	○	○	○	●	○	○	<input type="checkbox"/>
3. Leite magro	●	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>
7. Gelados	○	○	○	○	○	●	○	○	○	<input checked="" type="checkbox"/>

Por exemplo: se comes sopa uma vez por dia, mas 1 vez por semana é canja e não sopa de legumes:

VIII. BEBIDAS E MISCELANEAS	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
85. Sopa de legumes	○	○	○	○	●	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>

Outros Alimentos	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
CANJA (PRATO DE SOPA)	○	○	●	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>
MEIA MANGA POR SEMANA	○	○	●	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/>



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

42. Pensa **nos últimos 12 meses** quantas vezes por dia, semana ou mês, em média, comeste cada um dos alimentos referidos. Não te esqueças de assinalar os alimentos que nunca comeste, ou comeste menos de 1 vez por mês na coluna (**Nunca ou <1 mês**).

No grupo **I. LÁCTEOS** - Se bebes leite já chocolateado no pacote ou garrafa, não consideres aqui e regista na tabela dos outros alimentos, regista aqui o restante leite que bebes.

I. P. LÁCTEOS	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
1. Leite gordo	<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"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leite meio-gordo	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leite magro	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4. Iogurte	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5. Queijo (de qualquer tipo incluindo queijo fresco e requeijão)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sobremesas lácteas: pudim flan, pudim de chocolate, 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"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gelados	<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"/>	<input type="checkbox"/>

No grupo **II. OVOS, CARNES E PEIXES** - considera também as vezes que comes cada um destes alimentos como elementos de outros pratos, por **exemplo**: o frango do arroz de frango, os ovos das omeletas, as salsichas dos cachorros.

II. OVOS, CARNES E PEIXES	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
8. Ovos	<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"/>	<input type="checkbox"/>
9. Frango	<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"/>	<input type="checkbox"/>
10. Peru, coelho	<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"/>	<input type="checkbox"/>
11. Carne vaca, porco, 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"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fígado de vaca, porco, frango	<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"/>	<input type="checkbox"/>
13. Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, rim	<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"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fiambre, chouriço, salpicão, presunto, 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"/>	<input type="checkbox"/>
15. Salsichas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
16. Toucinho, bacon	<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"/>	<input type="checkbox"/>
17. Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau, salmão, 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"/>	<input type="checkbox"/>
18. Peixe magro: pescada, faneca, dourada, 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"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bacalhau	<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"/>	<input type="checkbox"/>
20. Peixe conserva: atum, sardinhas, 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"/>	<input type="checkbox"/>
21. Lulas, polvo	<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"/>	<input type="checkbox"/>
22. Camarão, amêijoas, mexilhão, 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"/>	<input type="checkbox"/>



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No grupo **III. ÓLEOS E GORDURAS** - responde apenas ao que é **adicionado** em saladas, no prato, no pão, etc, e **não** consideres a utilizada para cozinhar.

III. Óleos e Gorduras	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
23. Azeite	<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"/>	<input type="checkbox"/>
24. Óleos: girassol, milho, soja	<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"/>	<input type="checkbox"/>
25. Margarina	<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"/>	<input type="checkbox"/>
26. Manteiga	<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"/>	<input type="checkbox"/>

No grupo **IV. PÃO CEREAIS E SIMILARES** - não te esqueças de contar também o que comes fora das refeições, por **exemplo**: as batatas fritas da refeição e as que comes fora das refeições

IV. PÃO, CEREAIS E SIMILARES	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
27. Pão branco ou tostas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
28. Pão (ou tostas), integral, centeio, mistura	<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"/>	<input type="checkbox"/>
29. Broa, broa de avintes	<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"/>	<input type="checkbox"/>
30. Flocos cereais (muesli, corn-flakes, chocapic, 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"/>	<input type="checkbox"/>
31. Arroz	<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"/>	<input type="checkbox"/>
32. Massas: esparguete, macarrão, 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"/>	<input type="checkbox"/>
33. Batatas fritas caseiras	<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"/>	<input type="checkbox"/>
34. Batatas fritas de pacote	<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"/>	<input type="checkbox"/>
35. Batatas cozidas, assadas, estufadas e puré	<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"/>	<input type="checkbox"/>

No grupo **V. DOCES E PASTEIS** - no item 42 (açúcar) conta quantas colheres ou pacotes de açúcar adicionas aos teus alimentos.

V. DOCES E PASTÉIS	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
36. Bolachas tipo maria, água e sal ou integrais	<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"/>	<input type="checkbox"/>
37. Outras bolachas ou biscoitos	<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"/>	<input type="checkbox"/>
38. Croissant, pasteis, bolicao, doughnut ou bolos caseiros	<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"/>	<input type="checkbox"/>
39. Chocolate (tablete ou em pó)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
40. Snacks de chocolate (Mars, Twix, Kit Kat, 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"/>	<input type="checkbox"/>
41. Marmelada, compota, geleia, mel	<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"/>	<input type="checkbox"/>
42. Açúcar	<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"/>	<input type="checkbox"/>



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--

No grupo **VI - HORTALIÇAS E LEGUMES** - responde pensando nos que são **consumidos no prato** (cozidos ou em saladas) e **não** nos que entram na confecção da sopa.

VI. HORTALIÇAS E LEGUMES	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
43. Couve branca, couve lombarda	<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"/>	<input type="checkbox"/>
44. Penca, Tronchuda	<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"/>	<input type="checkbox"/>
45. Couve galega	<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"/>	<input type="checkbox"/>
46. Brócolos	<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"/>	<input type="checkbox"/>
47. Couve-flor, Couve-bruxelas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
48. Grelos, Nabiças, Espinafres	<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"/>	<input type="checkbox"/>
49. Feijão verde	<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"/>	<input type="checkbox"/>
50. Alface, Agrião	<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"/>	<input type="checkbox"/>
51. Cebola	<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"/>	<input type="checkbox"/>
52. Cenoura	<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"/>	<input type="checkbox"/>
53. Nabo	<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"/>	<input type="checkbox"/>
54. Tomate fresco	<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"/>	<input type="checkbox"/>
55. Pimento	<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"/>	<input type="checkbox"/>
56. Pepino	<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"/>	<input type="checkbox"/>
57. Leguminosas: feijão, grão de bico	<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"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ervilha grão, Fava	<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"/>	<input type="checkbox"/>

No grupo **VII - FRUTOS** - recorda que para os alimentos que **só comeste em determinadas épocas do ano** (por exemplo, cerejas), assinala as vezes em que comeste o alimento nessa época, e coloca uma cruz (x) na última coluna (**Sazonal**).

VII. FRUTOS	Frequência alimentar									sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	
59. Maça, pêra	<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"/>	<input type="checkbox"/>
60. Laranja, Tangerinas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
61. Banana	<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"/>	<input type="checkbox"/>
62. Kiwi	<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"/>	<input type="checkbox"/>
63. Morangos	<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"/>	<input type="checkbox"/>
64. Cerejas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
65. Pêssego, Ameixa	<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"/>	<input type="checkbox"/>
66. Melão, Melancia	<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"/>	<input type="checkbox"/>
67. Diospiro	<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"/>	<input type="checkbox"/>
68. Figo fresco, Nêspersas, Damascos	<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"/>	<input type="checkbox"/>
69. Uvas frescas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
70. Frutos conserva pêssego, ananás	<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"/>	<input type="checkbox"/>
71. Amêndoas, avelãs, nozes, amendoins, pistachio, 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"/>	<input type="checkbox"/>
72. Azeitonas	<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"/>	<input type="checkbox"/>



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--

No grupo **VIII - BEBIDAS E MISCELANEAS** - neste grupo não consideres os sumos naturais (estes devem ser registados na tabela "outros alimentos"), não te esqueças dos que são adicionados a outras bebidas, por **exemplo**: o café da meia de leite.

VIII. BEBIDAS E MISCELANEAS	Frequência alimentar								Sazonal	
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia		6 + por dia
73. 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"/>	<input type="checkbox"/>
74. 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"/>	<input type="checkbox"/>
75. Bebidas brancas: whisky, aguardente, brandy, 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"/>	<input type="checkbox"/>
76. Coca-cola, pepsi-cola ou outras colas	<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"/>	<input type="checkbox"/>
77. 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"/>	<input type="checkbox"/>
78. Outros refrigerantes, sumos de fruta ou néctares embalados	<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"/>	<input type="checkbox"/>
79. Café (incluindo o adicionado a outras bebidas)	<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"/>	<input type="checkbox"/>
80. Chá preto e verde	<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"/>	<input type="checkbox"/>
81. Croquetes, rissóis, bolinhos de bacalhau, 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"/>	<input type="checkbox"/>
82. Maionese	<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"/>	<input type="checkbox"/>
83. Molho de tomate, ketchup	<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"/>	<input type="checkbox"/>
84. Pizza	<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"/>	<input type="checkbox"/>
85. Hambúrguer	<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"/>	<input type="checkbox"/>
86. Sopa de legumes	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Os restantes alimentos ou bebidas que não estejam nesta lista e que tenhas consumido pelo menos 1 vez por semana mesmo em pequenas quantidades, ou numa época em particular. Por ex: **farinha de pau, canja, alheiras, farinheiras, cevada, frutos secos**: figos, ameixas, alperces, etc, coloca a informação neste quadro

Outros Alimentos	Frequência alimentar								Sazonal	
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia		6 + por dia
Frutos tropicais	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Sumo de fruta natural	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Tulicreme	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks salgados (cheetos, 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"/>	<input type="checkbox"/>
Rebuçados	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>



46810

ID

Agora que já respondeu às perguntas sobre o seu filho, e para terminar, gostaríamos de conhecer algumas características da mãe e do pai. **Sobre A MÃE:**

43. Qual a **data de nascimento** da mãe? - -
dia mês ano

44. Qual a **escolaridade completa** da mãe (qual o último ano que completou)?

44.1. Em que ano completou os estudos?

45. Qual a **profissão**?

46. Durante **os últimos 12 meses**:

46.1. Mediu a tensão/pressão arterial? não sim

46.2. Fez análises ao colesterol/triglicéridos? não sim não sabe

46.3. Quantas vezes **consultou um dentista**?

46.4. Quantas vezes **consultou um médico**?

46.4a Qual(is) a(s) especialidade(s) do(s) médico(s) que consultou?

47. Alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe	Se sim, que idade tinha quando lhe foi diagnosticado?
47.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.4 Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.5 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.6 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.7 Anorexia/Bulimia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.8 Rinite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.9 Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos
47.10 Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/> anos

47.10 a) Se já lhe diagnosticaram alergia, a que é que teve ou tem alergia?

47.11 Outra doença não sim não sabe anos

47.11. a) Se sim, qual(is)?



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

48. **Fuma** ou alguma vez fumou? não sim**Se não**, passe a pergunta 49.48.1. **Se sim**: fuma pelo menos 1 cigarro/dia fuma menos de 1 cigarro/dia fumou, mas já deixou de fumar há pelo menos 6 meses

(se deixou de fumar há menos de 6 meses escolha a opção 1 ou 2)

48.2. Começou a fumar aos

--	--

 anos48.2 a) Se deixou de fumar, foi aos

--	--

 anos48.3. Quantos cigarros fuma ou fumava por dia?

--	--

 cigarros/dia

48.4 a) Em que locais fuma ou fumava?

- 1) no local de trabalho não sim
- 2) no carro não sim
- 3) no café não sim
- 4) dentro de casa não sim
- 5) em casa, mas só em locais abertos (ex: janela, varanda) não sim
- 6) outro local não sim

Qual?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

48.4 b) Dos locais que assinalou, qual o **local** onde **fuma** ou **fumava mais** cigarros?

- no local de trabalho no carro no café
- dentro de casa em casa, mas só em locais abertos outro local

48.4 c) Fumou durante a gravidez deste seu filho? não sim**Se sim**, até que mês fumou?

--

 Quantos cigarros fumava?

--	--

 por dia49.1. Actualmente, qual o seu **peso**?

--	--	--

,

--

 Kg49.2. Qual o **peso** que **gostaria** de ter?

--	--	--

,

--

 Kg50.1. Qual a sua **altura**?

--

,

--	--

 m



46810

ID **Sobre o Pai:**52. Qual a **data de nascimento** do pai?

		-			-				
dia			mês			ano			

53. Qual a **escolaridade completa** do pai (qual o último ano que completou)?

53.1. Em que ano completou os estudos?

54. Qual a **profissão**?55. Durante **os últimos 12 meses**:

55.1. Mediu a tensão/pressão arterial?

 não sim

55.2. Fez análises ao colesterol/triglicéridos?

 não sim não sabe55.3. Quantas vezes **consultou um dentista**?55.4. Quantas vezes **consultou um médico**?

55.4a Qual(is) a(s) especialidade(s) do(s) médico(s) que consultou?

56. Alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe	
56.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.4 Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.5 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.6 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.7 Anorexia/Bulimia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.8 Rinite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.9 Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos
56.10 Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> anos

56.10 a) Se já lhe diagnosticaram alergia, a que é que teve ou tem alergia?

56.11 Outra doença

 anos

56.11. a) Se sim, qual(is)?



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57. **Fuma** ou alguma vez fumou? não sim57.1. **Se sim:**

- fuma pelo menos 1 cigarro/dia
- fuma menos de 1 cigarro/dia
- fumou, mas já deixou de fumar há pelo menos 6 meses
(se deixou de fumar há menos de 6 meses escolha a opção 1 ou 2)

57.2. Começou a fumar aos

--	--

 anos57.2 a) Se deixou de fumar, foi aos

--	--

 anos57.3. Quantos cigarros fuma ou fumava por dia?

--	--

 cigarros/dia

57.4 a) Em que locais fuma ou fumava?

- 1) no local de trabalho não sim
- 2) no carro não sim
- 3) no café não sim
- 4) dentro de casa não sim
- 5) em casa, mas só em locais abertos (ex: janela, varanda) não sim
- 6) outro local não sim

Qual?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57.4 b) Dos locais que assinalou, qual o **local** onde **fuma** ou **fumava mais** cigarros?

- no local de trabalho no carro no café
- dentro de casa em casa, mas só em locais abertos outro local

58.1. Actualmente, qual o seu **peso**?

--	--	--

,

--

 Kg58.2. Qual o **peso** que **gostaria** de ter?

--	--	--

,

--

 Kg58.1. Qual a sua **altura**?

--

,

--	--

 m



46810

ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sobre OS AVÓS MATERNOS:59. Em relação à **avó materna**, alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe
59.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. Em relação ao **avô materno**, alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe
60.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre OS AVÓS PATERNOS:59. Em relação à **avó paterna**, alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe
59.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. Em relação ao **avô paterno**, alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe
60.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



46810

ID

Data de realização do questionário

- -
dia mês ano

Grau de parentesco ou relação da pessoa que ajudou o aluno a preencher o questionário:

- mãe
- pai
- avó
- avô
- tio(a)
- irmão/irmã
- outro

Qual?

Se desejar acrescentar alguma informação ou dar-nos alguma sugestão faça-o nas linhas que se seguem
