

QUESTIONÁRIO EPITeen

17 ANOS

ADOLESCENTE

Não preencher

ID

I - A ESCOLA E A FAMÍLIA

1.1. No ano lectivo de 2003/2004 (há 3 anos atrás) em que escola estavas inscrito?

1.2. Já ficaste retido algum ano? não sim

1.2.1. **Se sim**, assinala **em cada ano** que ficaste retido o **número de vezes** que isso aconteceu.

Ano	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
nº de vezes	<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"/>

1.2.2. Qual ou quais as razões porque ficaste retido?

Vamos perguntar-te algumas questões sobre a tua família

1.3. Tens algum irmão? não sim (**se não**, passa para a pergunta 1.4.)

Se sim:

1.3.1. Quantos irmãos mais velhos tens?

1.3.2. Quantos irmãos mais novos tens?

1.3.3. Algum dos teus irmãos é teu gémeo? não sim

1.3.3.1. **Se sim**, quantos? *Não contes os teus gémeos nos mais novos (1.3.1), nem nos mais velhos (1.3.2)*

1.3.4. Tens algum irmão que tenha deixado de estudar? não sim

1.3.4.1. **Se sim**, quantos?

1.3.4.2. Indica para cada um dos teus irmãos que deixaram de estudar, qual o último ano que completaram na escola?

a)
b)
c)

d)
e)
f)

1.4. Em tua casa, qual a língua mais falada?

Português Outra

Se outra, qual?

1.5. Qual o último ano de escolaridade que a tua mãe completou?

Incluindo os anos da faculdade: por exemplo se é médica tem 18 anos de escolaridade (completou 12 anos mais 6 de faculdade).

1.6. Qual o último ano de escolaridade que o teu pai completou?

Incluindo os anos da faculdade



1.7. As questões seguintes são sobre as profissões dos teus pais:

Pai	Mãe
<p><input type="radio"/> O teu pai tem emprego?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não Sei</p> <p><input type="radio"/> Não tenho/não vejo o meu pai</p>	<p><input type="radio"/> A tua mãe tem emprego?</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Não Sei</p> <p><input type="radio"/> Não tenho/não vejo a minha mãe</p>
<p>Se sim, diz onde trabalha (exemplo: hospital, banco, restaurante):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p>Se sim, diz onde trabalha (exemplo: hospital, banco, restaurante):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>Escreve qual a profissão (exemplo: professor, motorista de autocarro):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<p>Escreve qual a profissão (exemplo: professora, motorista de autocarro):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>Se não, porque é que o teu pai não tem emprego? (assinala a opção que melhor descreve a situação)</p> <p><input type="radio"/> Está doente ou reformado ou é estudante</p> <p><input type="radio"/> Está à procura de emprego</p> <p><input type="radio"/> Toma conta de outros ou é doméstico</p> <p><input type="radio"/> Não sei</p>	<p>Se não, porque é que a tua mãe não tem emprego? (assinala a opção que melhor descreve a situação)</p> <p><input type="radio"/> Está doente ou reformada ou é estudante</p> <p><input type="radio"/> Está à procura de emprego</p> <p><input type="radio"/> Toma conta de outros ou é doméstica</p> <p><input type="radio"/> Não sei</p>

1.8. Com quem vives?

- Pai e Mãe
- Só com a mãe
- Só com o pai
- Nem com o pai, nem com a mãe

1.9. Assinala se:

- O teu pai e a tua mãe são casados e vivem juntos
- O teu pai e a tua mãe não são casados e vivem juntos
- O teu pai e a tua mãe já não vivem juntos
- O teu pai e a tua mãe nunca viveram juntos
- O teu pai e a tua mãe já foram casados, mas agora não vivem juntos
- Vives só com o teu pai, porque a tua mãe faleceu
- Vives só com o tua mãe, porque o teu pai faleceu

1.10. A casa onde tu vives quantos quartos de dormir tem?

1.11. Quantas pessoas moram na casa onde tu moras?



II - TABACO

2.1. Fumas ou alguma vez fumaste? não sim

2.2. **Se não**, porquê?

--

2.2.1. Consideras que terias facilmente acesso a tabaco se quisesses fumar? não sim

(Se respondeste não na questão 2.1, passa para a questão 2.10.)

2.3. **Se já alguma vez fumaste:**

já experimentaste, mas não fumas

fumas, mas não todos os dias

fumas pelo menos 1 cigarro por dia

2.4. Com que idade experimentaste o primeiro cigarro?

--	--

 anos

2.4.1. Qual a razão ou razões porque experimentaste?

1. curiosidade

2. para me sentir adulto

3. porque os meus amigos fumavam

4. para não engordar

5. outra **Se outra**, qual?

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

2.4.2. Das razões que assinalaste qual a mais importante? (1,2,3,4 ou 5)

--

2.5. No último mês, quantos cigarros fumaste?

--	--	--

 cigarros

2.6. Em que local ou locais fumas ou fumaste?

1. Em casa não sim

2. Na escola não sim

3. No café/bar não sim

4. Outro não sim **Se sim**, onde?

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

2.6.1. Dos locais que assinalaste (1, 2, 3 ou 4), qual o **local** onde fumas ou fumaste **mais** cigarros?

--

2.7. Com que idade começaste a fumar regularmente?

--	--

 anos



2.11. Algum dos teus amigos fuma? não sim

2.12. Consideras que fumar é:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Inofensivo (que não faz mal) | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sei |
| Perigoso para a saúde | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sei |
| Um vício difícil de tratar | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sei |
| Uma necessidade para viver melhor | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sei |

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

2.13.1. **Se sim**, quantas?

--	--

2.14.1. Existe na tua escola alguma regra contra o consumo de tabaco? não sim

Se sim, qual?

--

2.14.2. Se existe, essa regra é:

- Não é respeitada
- Quase sempre é respeitada
- É sempre respeitada

2.14.3. Nos últimos **12 meses**, viste algum professor ou funcionário a fumar no espaço da escola?

- não
- sim

2.14.4. Nos últimos **12 meses**, quantas vezes os teus pais te alertaram para não fumares?

- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca

2.14.5. Se um dos teus amigos te oferecer um cigarro tu fumas?

- Com certeza que não
- Provavelmente não
- Talvez fume
- Claro que fumo

2.14.6. Achas que quando tiveres dinheiro poderás vir a fumar?

- Com certeza que não
- Provavelmente não
- Talvez fume
- Claro que fumo

2.14.7. Nos últimos 12 meses, quantas aulas tiveste em que foi abordado o tema do tabaco?

- Nenhuma
- Pelo menos 1 aula
- 2 a 5 aulas
- Mais de 5 aulas



III. BEBIDAS ALCOÓLICAS

3.1 Bebes ou alguma vez bebeste bebidas alcoólicas (por exemplo: vinho, cerveja, licores, bebidas brancas, etc)?
 não sim

3.2. **Se não**, porquê?

--

(Se respondeste não na questão 3.1 e porquê, passa para a questão 3.10.)

3.3. **Se sim**, a primeira vez que experimentaste qual a razão(ões) porque experimentaste?

- curiosidade
- para me sentir adulto
- porque os meus amigos bebiam
- devido ao aborrecimento
- outra

Se outra, qual?

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

3.3.1. Das razões que assinalaste qual a mais importante (1, 2, 3, 4 ou 5) ?

3.4. A primeira vez que experimentaste bebidas alcoólicas tinhas anos

3.5. 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 outra,

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

3.6. Dos locais que assinalaste (1,2, 3 ou 4), qual **o local** onde bebes ou bebeste **mais vezes**?

3.7. **Com que frequência bebes bebidas alcoólicas?**

- bebo todos os dias
- não bebo todos os dias, mas pelo menos 1 vez por semana
- bebo menos de 1 vez por semana
- já alguma vez experimentei, mas não bebo



3.8. Por que razão ou razões bebes ou bebeste?

- 1. Porque me dá conforto não sim
- 2. Porque sou nervoso não sim
- 3. Porque há na minha família quem bebe não sim
- 4. Porque não me sinto bem de outra maneira não sim
- 5. Porque gosto do sabor não sim
- 6. Por hábito não sim
- 7. Porque me liberta de preocupações e problemas não sim
- 8. Porque sinto prazer não sim
- 9. Porque os meus amigos bebem não sim
- 10. Devido ao aborrecimento não sim
- 11. Outra não sim

3.8.1. **Se tens outra razão**, diz qual:

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

3.8.2. Das razões que assinalaste, qual a que consideras **mais importante**?

--	--

3.9. Assinala **onde costumavas arranjar** bebidas alcoólicas

- 1. Lojas de conveniência/estações de serviço não sim
- 2. Bares, cafés e discotecas não sim
- 3. Por amigos com mais de 16 anos não sim
- 4. Por amigos com menos de 16 anos não sim
- 5. Pais não sim
- 6. Irmãos com mais de 16 anos não sim
- 7. Irmãos com menos de 16 anos não sim
- 8. Outros familiares com mais de 16 anos não sim
- 9. Outros familiares com menos de 16 anos não sim

3.9.1. Das opções assinaladas, qual usas com maior frequência?

--

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

3.11. Achas que quando fores adulto poderás vir a beber bebidas alcoólicas?

- Com certeza que não Provavelmente não Talvez beba Claro que vou beber Não sei

3.12. Alguma vez bebeste bebidas alcoólicas até ficar embriagado? não sim

3.12.1. **Se sim**, que idade tinhas quando isso aconteceu pela primeira vez?

--	--

anos

3.12.2. Quantas vezes te embriagaste?

--	--



IV. HÁBITOS E ACTIVIDADES

4.1. Durante **a semana** e no período de aulas

4.1.1. Habitualmente **a que horas te deitas?**

		:		
horas			minutos	

4.1.2. Habitualmente **a que horas te levantas?**

		:		
horas			minutos	

4.2. Durante **o fim de semana**

4.2.1. Habitualmente **a que horas te deitas?**

		:		
horas			minutos	

4.2.2. Habitualmente **a que horas te levantas?**

		:		
horas			minutos	

4.3. **Nos teus tempos livres fora das horas de aulas:**

4.3.1. Qual destas situações descreve melhor as tuas actividades nos teus tempos livres?

- 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)

4.3.2. 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	

4.3.3. Durante todo o **fim de semana** (sábado e domingo), quanto tempo passas, a **ler**, a **estudar** ou **a fazer os trabalhos de casa?**

		:		
horas			minutos	

4.3.4. Durante os **dias de semana** (de segunda a sexta), quanto tempo passas, **por dia**, a **ver televisão (incluindo vídeos e DVDs)?**

		:		
horas			minutos	

4.3.5. Durante todo o **fim de semana** (sábado e domingo), quanto tempo passas, **por dia**, a **ver televisão (incluindo vídeos e DVDs)?**

		:		
horas			minutos	

4.3.6. Durante **os dias de semana** (de segunda a sexta), quanto tempo passas, **por dia**, a jogar **no computador** ou **consola (Playstation, Xbox, etc.)** ou na **net?**

		:		
horas			minutos	

4.3.7. Durante todo o **fim de semana** (sábado e domingo), quanto tempo passas a jogar **no computador** ou **consola (Playstation, Xbox, etc.)** ou na **net?**

		:		
horas			minutos	

4.4. Tens televisão no teu quarto? não sim

4.5. Costumas adormecer com a TV ligada? não sim

4.6. Costumas jogar jogos eletrónicos antes de ires para a cama? não sim



4.7. Costumas praticar algum desporto fora das horas lectivas?

não sim

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

ex:

n	a	d	a	r																

	1	:	3	0
		:		
		:		
		:		

horas

horas

horas

4.8. Como costumavas ir para a escola?

de Automóvel de Autocarro ou outro transporte público de Bicicleta de Mota a Pé

4.9. Quanto tempo demoras para chegar à escola?

menos de 15 minutos 15 a 30 minutos 30 a 60 minutos mais de 60 minutos

4.10. Como costumavas regressar para casa?

de Automóvel de Autocarro ou outro transporte público de Bicicleta de Mota a Pé

4.11. Fazes parte de actividades desportivas extra-escola (num clube ou outro sítio)?

Nunca 2 a 3 vezes por semana
 menos de 1 vez por semana 4 a 6 vezes por semana
 1 vez por semana Todos os dias

4.12. Participas em actividades de lazer (ocupação de tempos livres) sem integrares um clube?

Nunca 2 a 3 vezes por semana
 menos de 1 vez por semana 4 a 6 vezes por semana
 1 vez por semana Todos os dias

4.13. Para além das horas lectivas, quantas vezes praticas desportos durante, pelo menos, vinte minutos?

Nunca 2 a 3 vezes por semana
 Menos de 1 vez por mês 4 a 6 vezes por semana
 Entre 1 vez por mês e 1 vez por semana Todos os dias

4.14. 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
 2 a 3 horas
 4 a 6 horas
 Sete ou mais horas

4.15. 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



V. ALIMENTAÇÃO

5.1. Durante **os últimos 12 meses**, modificaste alguma coisa na tua alimentação ? não sim

Se sim,

5.1.1. Há quanto tempo? meses

5.1.2. Qual(is) as principais alterações?

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

5.2. Habitualmente tomas o pequeno almoço? não sim

Se sim,

5.2.1. **A que horas** tomas o pequeno almoço? :
horas minutos

5.2.2. **Onde** tomas o pequeno almoço? em casa na escola fora de casa (não na escola)

5.3. **Habitualmente**, quantas vezes **por semana** comes na cantina da escola?

5.4. Na maioria das vezes, como é **cozinhado** o **peixe** que comes?

Cozido Grelhado Frito Assado Estufado
(escolhe **apenas** a que comes **mais vezes**)

5.5. Na maioria das vezes, como é **cozinhada** a **carne** que comes?

Cozida Grelhada Frita Assada Estufada
(escolhe **apenas** a que comes **mais vezes**)

5.6. Com que frequência comes **fritos** (exemplo: batatas fritas, douradinhos, frango frito, croquetes...)?

diariamente 4 a 6 vezes por semana
 1 a 3 vezes por semana menos que uma vez por semana

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

5.8. Habitualmente, bebes ou comes **produtos light** ou **dietéticos**? não sim

5.8.1. **Se sim**, que produtos **light** ou **dietéticos** bebes ou comes habitualmente?

Especifica qual ou quais

5.9. Alguns jovens vão para a escola ou para a cama com fome porque não há comida suficiente em casa. Com que frequência é que isto te acontece?

Sempre Frequentemente Às vezes Nunca

5.10. Com que frequência fizeste **dieta** (mudar o modo de comer para perder peso) **nos últimos 12 meses**?

Nenhuma
 1 a 4 vezes
 5 a 10 vezes
 Mais de 10 vezes
 Estou sempre em dieta



Estas perguntas têm como objectivo avaliar a tua alimentação. Procura responder às questões de uma forma sincera, indicando aquilo que realmente comes e bebes e não o que pensas que seria correcto fazer.

5.11. Relativamente **ao último mês**, com que frequência bebeste alguma destas bebidas:

	Frequência								
	Nunca	1 a 3 vezes	1 por sem	2 a 4 por sem	5 a 6 por sem	1 por dia	2 a 3 por dia	4 a 5 por dia	Mais de 6 por dia
Vinho (1 dose = 1 copo)	<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"/>
Cerveja (1 dose = 1 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"/>
Bebidas brancas (vodka, gin, whisky; 1 dose = 1 bebida)	<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"/>

5.12. Relativamente **aos últimos 12 meses**, assinala para cada alimento referido nesta lista, preenchendo o respectivo círculo, quantas vezes por dia, semana ou mês comeste.

Não te esqueças de assinalar os alimentos que nunca comeste, ou comeste menos de 1 vez por mês.

	Frequência								
	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
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"/>
Queijo	<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"/>
logurte	<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 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"/>
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"/>
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"/>



6.8. No último mês tomaste algum medicamento? não sim

6.8.1. Se sim, qual(is) o(s) medicamento(s) e durante quanto tempo os tomaste ?

Nome Comercial do Medicamento	Número de unidades por dia?	Quantos dias tomaste no último mês?	Quem indicou o medicamento? Se outro, quem?
	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <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="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <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="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <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="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <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="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <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="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <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"/>

6.9. Nos últimos 12 meses, tomaste algum suplemento de vitaminas ou minerais? não sim

6.9.1. Se sim, qual(is)?

Refira: o nome comercial

a quantidade total

durante quanto tempo

VITAMINA XZ (AMPOLAS)	Quantidade?	2 EMBALAGENS DE 20 AMPOLAS	Durante	<input type="text"/> 3	semanas
	Quantidade?		Durante	<input type="text"/> <input type="text"/>	semanas
	Quantidade?		Durante	<input type="text"/> <input type="text"/>	semanas
	Quantidade?		Durante	<input type="text"/> <input type="text"/>	semanas
	Quantidade?		Durante	<input type="text"/> <input type="text"/>	semanas



6.10. Alguma vez um(a) médico(a) te diagnosticou alguma destas doenças?

(não te esqueças de assinalar não nas que não te foram diagnosticadas)

Se sim, que idade tinhas quando foi diagnosticado?

- | | | | | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|---|--|--|
| 6.10.1 Diabetes | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.2 Rinite | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.3 Asma | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.4 Alergia | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.5 Anorexia | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.6 Bulimia | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.7 Depressão | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.8 Eczema | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |
| 6.10.9 Outra(s) doença(s) | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim | <input type="radio"/> não sabe | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> anos | | |
| | | | | | | |

6.10.9.1 Se assinalaste sim em "Outra doença", qual a doença?

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

6.10.9.2. Se já te diagnosticaram **alergia**, a que é que tens ou tiveste alergia?

VII. Substâncias

7.1 Alguma vez ouviste falar de alguma destas substâncias?

- a) Tranquilizantes ou sedativos não sim
- b) Marijuana (erva) não sim
- c) Haxixe (ganza) não sim
- d) LSD não sim
- e) Anfetaminas (speed) não sim
- f) Crack / Bases não sim
- g) Cocaína não sim
- h) Heroína não sim
- i) Ecstasy não sim
- j) Metadona não sim
- k) "Cogumelos mágicos" não sim
- l) Outra não sim

Se outra, qual?

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

7.2. Alguma vez quiseste experimentar alguma das substâncias mencionadas na pergunta anterior (7.1)?

- não sim

7.2.1. Alguma vez experimentaste alguma das substâncias mencionadas na pergunta anterior (7.1)?

- não sim **(Se respondeste não passa para a questão 7.9)**

7.3. Em quantas ocasiões (se em alguma) usaste marijuana (erva) ou haxixe (ganza)?

- a) Durante **a tua vida** 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- b) Durante os **últimos 12 meses** 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- c) Durante os **últimos 30 dias** 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais

7.4. Em **quantas ocasiões** (se em alguma) **snifaste** substâncias como cola, gasolina ou cloreto de etilo?

- a) Durante **a tua vida** 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- b) Durante os **últimos 12 meses** 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- c) Durante os **últimos 30 dias** 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais

7.5. Em **quantas ocasiões** (se em alguma) **usaste** alguma das seguintes substâncias?

- a) Tranquilizantes ou sedativos 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- b) LSD 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- c) Anfetaminas (MD ou MDMA) 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- d) Crack / Bases 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- e) Cocaína 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- f) Heroína (fumada) 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- g) Heroína (outra forma que não fumada) 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- h) Ecstasy 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- i) "Cogumelos mágicos" 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- j) Drogas injectadas 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- k) Alcool junto com comprimidos 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- l) Álcool e marijuana ou haxixe ao mesmo tempo 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais
- m) Esteróides anabolizantes 0 1 a 2 3 a 5 6 a 9 10 a 19 20 a 39 40 ou mais



7.6. Qual foi a primeira droga que experimentaste? (escolhe apenas uma opção)

- Tranquilizantes sem receita médica
- Marijuana (erva)
- Haxixe (ganza)
- LSD (ácidos)
- Anfetaminas (MD ou MDMA)
- Crack
- Cocaína
- Heroína
- Ecstasy
- "Cogumelos mágicos"
- Nunca experimentei alguma das drogas desta lista

7.7. Como conseguiste essa substância?

- Nunca experimentei alguma das drogas da pergunta anterior (7.6)
- Foi-me dada pelo meu irmão mais velho
- Foi-me dada por um amigo mais velho que eu
- Foi-me dada por um amigo da minha idade ou mais novo
- Foi-me dado por alguém que já ouvi falar mas não conheço pessoalmente
- Foi-me dado por um estranho
- Foi uma partilha entre grupo de amigos
- Comprado a um amigo
- Comprado por alguém que já ouvi falar mas não conheço pessoalmente
- Comprado a um estranho
- Foi-me dado por um dos meus pais
- Tirei em casa sem a permissão dos meus pais
- Nenhuma destas situações

(por favor descreve brevemente como conseguiste a substância)

7.8. Indica qual(is) a(s) razão (ou razões) para teres experimentado alguma destas drogas?

- a) Nunca usei nenhuma das drogas da pergunta 7.6. não sim
- b) Queria sentir-me "pedrado" não sim
- c) Não me queria sentir fora do meu grupo não sim
- d) Não tinha nada para fazer não sim
- e) Estava curioso não sim
- f) Queria esquecer os meus problemas não sim
- g) Outra razão não sim Qual?
- h) Não me lembro não sim

7.9. Em quais dos seguintes locais achas que poderias facilmente comprar marijuana ou haxixe se quisesses?

- Não conheço nenhum lugar
- Rua, parque etc.
- Escola
- Discoteca ou bar
- Casa de um vendedor (traficante)
- Outro local Qual?



VIII. Sexualidade

Gostaríamos de obter informações sobre relações sexuais. Considera relação sexual se houver penetração (vaginal ou anal) masturbação mútua ou sexo oral, quer com uma pessoa de sexo oposto ou do mesmo sexo.

8.1. Alguma vez tiveste relações sexuais? não sim

(Se não, passa para a pergunta 8.12.)

8.2. Que idade tinhas quando tiveste relações sexuais pela primeira vez? (anos)

8.3. Na tua vida, com quantas pessoas tiveste relações sexuais?

8.4. Tiveste relações sexuais:

- Com pessoas do mesmo sexo
- Com pessoas de outro sexo
- Com pessoas de ambos os sexos

8.5. Alguma vez tiveste relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas ou drogas? não sim

8.6. Bebeste bebidas alcoólicas ou usaste drogas antes da última relação sexual que tiveste? não sim

8.7. Na tua última relação sexual, tu ou o teu parceiro usou preservativo? não sim

8.8. Com que frequência tu ou o teu parceiro usa o preservativo?

- Nunca
- Algumas vezes
- Quase Sempre
- Sempre
- Raramente

8.9. Indica se já alguma vez:

8.9.1. Tiveste relações com penetração vaginal não sim não sei o que é isto

Se sim, com que frequência tu ou o teu parceiro usou o preservativo?

- Nunca
- Algumas vezes
- Quase Sempre
- Sempre
- Raramente

8.9.2. Tiveste relações com penetração anal não sim não sei o que é isto

Se sim, com que frequência tu ou o teu parceiro usou o preservativo?

- Nunca
- Algumas vezes
- Quase Sempre
- Sempre
- Raramente

8.9.3. Tiveste relações com masturbação não sim não sei o que é isto
um ao outro

Se sim, com que frequência tu ou o teu parceiro usou o preservativo?

- Nunca
- Algumas vezes
- Quase Sempre
- Sempre
- Raramente

8.9.4. Tiveste relações com sexo oral não sim não sei o que é isto

Se sim, com que frequência tu ou o teu parceiro usou o preservativo?

- Nunca
- Algumas vezes
- Quase Sempre
- Sempre
- Raramente

8.10. A última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro(a) usaram algum método(s) para prevenir uma gravidez? não sim

Se sim, qual? Preservativo

Pílula

Coito interrompido

Contraceção de emergência

Outro Qual?



8.11. Na última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro usaram algum método para prevenir uma doença sexualmente transmissível? não sim

- Se sim**, qual? Preservativo
 Pílula
 Coito interrompido
 Contraceção de emergência
 Outro Qual?

8.12. Durante os últimos 12 meses alguma vez falaram sobre SIDA ou infeção por HIV na tua escola?

- não sim **Se sim**, quem?

8.13. Durante os últimos 12 meses tiveste oportunidade de falar com alguém sobre SIDA?

- não sim **Se sim**, com quem?

8.14. Que pessoas ou locais **procuraste** para tirar dúvidas sobre questões relacionadas com a sexualidade?

- a) Amigos não sim
b) Pais não sim
c) Professores não sim
d) Médico ou profissionais de saúde não sim
e) Outros adultos não sim
f) Internet não sim
g) Televisão não sim
h) Revistas não sim
i) Livros não sim
j) Outros não sim
l) Ninguém não sim

Quais?



IX. Perspectivas futuras e atitudes

9.1. Alguma vez na tua vida:

- Já ficaste suspenso da escola não sim
Foste detido não sim
Atacaste alguém com a ideia de magoar seriamente não sim
Pertenceste a um gang não sim
Cometestes algum crime não sim

9.2. Consideras para a tua idade:

a) Fumar cigarros

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

b) Beber cerveja, vinho, ou bebidas brancas (p. ex., vodka, whisky ou gin) pelo menos uma vez por semana

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

c) Usar cocaína, anfetaminas, ganza ou outras drogas ilegais

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

d) Levar uma arma para a escola (arma de fogo ou branca)

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

e) Usar uma arma de fogo ou branca

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

f) Roubar dinheiro a alguém

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

g) Lutar com alguém com o objectivo de magoar seriamente

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

h) Atacar alguém com o objectivo de magoar

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

i) Ficar fora da escola enquanto os teus pais pensam que estas nas aulas

- Nada aceitável Pouco aceitável Aceitável Muito aceitável

9.3. Achas que uma pessoa está em risco de se prejudicar (fisicamente ou de outra maneira), se:

a) Fumar cigarros ocasionalmente

- Nenhum risco Risco leve Risco moderado Risco elevado Não sei

b) Fumar um ou mais maços de cigarros por dia

- Nenhum risco Risco leve Risco moderado Risco elevado Não sei

c) Beber aproximadamente uma ou duas bebidas alcoólicas por dia

- Nenhum risco Risco leve Risco moderado Risco elevado Não sei

d) Beber aproximadamente quatro ou cinco bebidas alcoólicas por dia

- Nenhum risco Risco leve Risco moderado Risco elevado Não sei

e) Beber cinco ou mais bebidas a cada semana

- Nenhum risco Risco leve Risco moderado Risco elevado Não sei



9.4. Se tivesses saído com amigos, e no regresso para casa a pessoa que conduzia estivesse embriagado, aceitavas a boleia? não sim

9.5. Conduzes algum veículo a motor? não sim

9.5.1. Já alguma vez tiveste algum acidente quando ias a conduzir? não sim

9.5.2. **Se sim**, assinala as razões:

1 Ias com excesso de velocidade

2 Tinhas bebido bebidas alcoólicas

3 Não paraste num stop ou sinal vermelho

4 Outra Se outra, qual?

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

X. Relação com os Pares

Pensa nos teus **4 melhores amigos** (aqueles que sentes mais próximos).

10.1. Nos últimos 12 meses alguma vez um dos teus melhores amigos:

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| fumou cigarros | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| bebeu bebidas alcoólicas | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| experimentou cerveja, vinho ou bebidas brancas (vodka, whisky,...) | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| usou cocaína, anfetaminas ou outras drogas ilegais | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| experimentou haxixe ou erva | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| andou com uma arma | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| pertenceu a um gang | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| baldou-se à aulas | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| foi suspenso da escola | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| vendeu drogas ilegais | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| roubou ou tentou roubar um veículo a motor (carro, motociclo,...) | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |
| foi detido pela polícia | <input type="radio"/> não | <input type="radio"/> sim |



XI. Projecto EPITeen

11.1. É a primeira vez que participas neste projecto? não sim

11.2. Recebeste o relatório da última avaliação? não sim

(Se não por favor confirma a tua morada e passa à pergunta 11.3.)

Se sim,

11.2.1. Mostraste a algum médico de família? não sim

11.2.2. O médico tomou alguma medida baseada nos resultados? não sim

Qual?

11.3. Costumas receber emails do EPITeen? não sim

11.4. Costumas receber o jornal do EPITeen? não sim

11.5. Alguma vez consultaste a página web do EPITeen? não sim

11.5.1. Se sim, fizeste o teu registo como participante do não sim

11.6. Se tiveres mais alguma sugestão para este projecto, escreve neste espaço

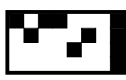
Agradecemos a tua colaboração
Visita a página www.epiteen.med.up.pt



QUESTIONÁRIO EPITeen

17 ANOS

PAIS



17673

As suas informações são muito importantes por favor assinale as suas respostas de forma clara e não deixe questões sem resposta. Mesmo que a resposta seja "não" ou "não sabe"!

Sobre A MÃE:1. Qual a **data de nascimento** da mãe?

		-			-				
dia			mês			ano			

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

--	--

3. Qual o **estado civil**? Casada Solteira Separada União de facto Divorciada Viúva4. Qual a **profissão**?

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

5. Relativamente à **situação profissional**, actualmente está: Activa Reformada Outra situação Qual? Desempregada Baixa médica prolongada

--

6. Durante **os últimos 12 meses**:6.1. Mediu a tensão/pressão arterial? não sim6.2. Fez análises ao colesterol/triglicéridos? não sim não sabe6.3. Quantas vezes **consultou um dentista**?

--	--

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

--	--

6.4a Qual(is) a(s) especialidade(s) do(s) médico(s) que consultou?

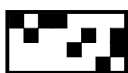
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:Se sim, que **idade** tinha quando lhe foi diagnosticado?

	Não	Sim	Não Sabe				
7.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.4 Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.5 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.6 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.7 Anorexia/Bulimia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.8 Rinite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.9 Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.10 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.11 Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos
7.12 Outra doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px;"></td><td style="width: 10px;"></td></tr> </table>			anos

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

--



17673

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

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

8. **Fuma** ou alguma vez fumou? não sim**Se não**, passe à pergunta 9.18.1. **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)

8.2. Começou a fumar aos anos8.3 Se deixou de fumar, foi aos anos8.4. Quantos cigarros fuma ou fumava por dia? cigarros/dia

8.5 Em que locais fuma ou fumava?

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

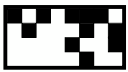
Qual?

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

8.5 a) 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

8.5 b) Fumou durante a gravidez deste seu filho? não sim**Se sim**, até que mês fumou? Quantos cigarros fumava? cig/por dia9.1. Actualmente, qual o seu **peso**? , Kg9.2. Qual o **peso** que **gostaria** de ter? , Kg10.1. Qual a sua **altura**? , m



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

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

18. Fuma ou alguma vez fumou? não sim

Se não, passe à pergunta 19.1

18.1. **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)

18.2. Começou a fumar aos

--	--

 anos

18.3. Se deixou de fumar, foi aos

--	--

 anos

18.4. Quantos cigarros fuma ou fumava por dia?

--	--

 cigarros/dia

18.5 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?

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

18.5 a) 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

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

--	--	--

,

--

 Kg

19.2. Qual o **peso** que **gostaria** de ter?

--	--	--

,

--

 Kg

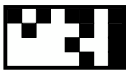
19.1. Qual a sua **altura**?

--

,

--	--

 m

**Sobre OS AVÓS MATERNOS:**20. Em relação à **avó materna**, alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe
20.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.6 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

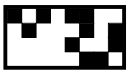
	Não	Sim	Não Sabe
21.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.6 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre OS AVÓS PATERNOS:22. Em relação à **avó paterna**, alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

	Não	Sim	Não Sabe
22.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.6 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Não	Sim	Não Sabe
23.1 Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.2 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.3 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.4 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.5 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.6 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



17673

25. O seu filho realizou algum exame na primeira avaliação deste projecto? Não Sim

25.1. Se sim, recebeu o relatório da nossa primeira avaliação? Não Sim

25.2. Mostrou-o a algum profissional de saúde? Não Sim

25.3. A quem?

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

25.4. O médico, ou outro profissional de saúde, recomendou que alterasse alguma coisa com base no nosso relatório? Não Sim

25.4.1. Se sim, qual a alteração?

26. Data do preenchimento do questionário:

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

Agradecemos a sua disponibilidade no preenchimento deste questionário.

Se desejar acrescentar alguma informação ou dar-nos alguma sugestão faça-o no espaço que se segue: