PRÉ-CONSULTA ESPORTIVA

Dr. Marcelo Gurgel | CRM-PB 17.879 - CRM-PE 39.958

Prepare sua avaliação

Versão para digitar no PDF ou imprimir. Responda o que se aplica a você; use "não se aplica" quando necessário. Não é preciso realizar exames novos para preencher. O PDF não envia respostas automaticamente.

Seus dados

Nome completo

Nome social (caso tenha)

CPF

CEP - preenche seu endereço automaticamente
00000-000

Rua

Número / complemento

Bairro

Estado
Selecione o estado

Cidade
Digite sua cidade

Data de nascimento

Sexo registrado ao nascer
Escolha uma opção: Feminino / Masculino / Intersexo / Prefiro não informar

Área profissional
Escolha uma opção: Saúde / Educação / Comércio / Serviço público / Trabalho autônomo / Empreendedorismo / Trabalho doméstico / Estudos / Aposentadoria / Outra

Qual profissão?

Telefone com DDD

E-mail

Como você conheceu meu trabalho?
Escolha uma opção: Instagram / Doctoralia / Assessoria Marco Rabucci / Indicação de amigo ou familiar / Google / Já faço acompanhamento / Outro

Sua saúde e histórico

Quais diagnósticos você já recebeu?
Marque todas que se aplicam: Obesidade / Pressão alta / Pré-diabetes / Diabetes tipo 1 / Diabetes tipo 2 / Tireoide funcionando menos que o normal (diagnosticado) / Tireoide funcionando mais que o normal (diagnosticado) / Nódulo na tireoide / Ovários policísticos (SOP) / menstruação irregular / Menopausa / Colesterol alto / Fígado gorduroso / Osteoporose / Ansiedade ou depressão / Doença autoimune / Outra condição / Nenhum diagnóstico conhecido / Não sei

Você já passou por alguma cirurgia ou internação?
Escolha uma opção: Não / Sim

Quais cirurgias você já realizou?
Responda apenas se já fez cirurgia ou foi internado. Marque todas que se aplicam: Bariátrica / Tireoide / Vesícula / Apendicite / Cesárea / Útero ou ovários / Próstata / Abdominal / Ortopédica / Cardíaca / Plástica / Outra

Ano e detalhes importantes (opcional)
Se já fez cirurgia: informe o ano e os detalhes que lembrar.

Você tem alguma alergia?
Escolha uma opção: Não / Sim / Não sei

A que você tem alergia?
Se tem alergia: informe a substância e a reação que teve.

Quais doenças existem entre seus familiares próximos?
Marque todas que se aplicam: Obesidade / Pressão alta / Diabetes / Infarto em familiar ainda jovem (informe idade nas observações) / AVC / Problema de tireoide / Câncer / Osteoporose / Doença autoimune / Nenhuma dessas doenças / Não sei

Você usa medicamentos atualmente?
Escolha uma opção: Não uso / Sim — vou anexar uma foto / Sim — vou descrever

Nome, dose e horário dos medicamentos
Se usa medicamentos: escreva aqui ou anexe uma foto da receita.

Segurança, lesões e histórico esportivo

Conte o que pode influenciar sua prática. Se não se aplicar, informe isso no campo.

Você já teve lesões, fez cirurgia em ossos ou articulações, ou sente dor ao treinar?
Local, diagnóstico, quando começou e movimentos que limitam

Durante ou após o exercício, você sente algo que preocupa?
Dor no peito, desmaio, palpitações, falta de ar fora do habitual ou nenhum

Algum familiar morreu de repente ou teve problema no coração ainda jovem?
Parentesco e idade, se souber; ou não / desconheço

Uso atual ou anterior de hormônios, anabolizantes ou substâncias para performance
Nome, dose, frequência, duração, última aplicação, acompanhamento e efeitos percebidos; ou nunca usei

Queixas e objetivos

O que você sente atualmente?

Marque todas que se aplicam: Dificuldade para emagrecer / Ganho de peso / Cansaço / Sono ruim / Fome excessiva / Episódios de comer muito com sensação de perder o controle / Ansiedade / Queda de cabelo / Intestino preso / Inchaço / Diminuição do desejo sexual / Irregularidade menstrual / Ondas de calor (calor repentino) / Palpitações / Fraqueza muscular / Avaliação de rotina / Muito frio / Muito calor ou suor excessivo / Tremores / Pele seca / Unhas fracas / Pescoço aumentado ou nódulo / Sede excessiva / Urino muitas vezes / Visão embaçada / Feridas que demoram a cicatrizar / Formigamento nos pés / Hipoglicemia ou mal-estar em jejum / Ronco / Pausas na respiração ao dormir / Sonolência durante o dia / Acordo sem disposição / Dores articulares / Barriga inchada ou estufada / Gases excessivos / Dor ou desconforto abdominal / Diarreia / Náusea / Piora dos sintomas após as refeições / Sem sintomas no momento

Há quanto tempo percebe essas queixas?

Escolha uma opção: Menos de 1 mês / De 1 a menos de 6 meses / De 6 a 12 meses / Mais de 1 ano / Não tenho queixas / Não sei informar

Quais são seus objetivos com a consulta?

Marque todas que se aplicam: Emagrecer com saúde / Reduzir gordura e/ou aumentar massa muscular / Ganhar massa muscular / Controlar diabetes / Investigar tireoide / Tratar sintomas da menopausa / Regular ciclos menstruais / Melhorar energia / Melhorar sono / Avaliar hormônios / Prevenir doenças / Acompanhamento de rotina

Metas de performance e composição corporal

Descreva o que deseja melhorar e como gostaria de acompanhar sua evolução.

Qual é sua prioridade e o resultado que espera?

Força, resistência, massa muscular, redução de gordura, retorno ao esporte…

Existe uma prova, competição ou prazo específico?

Modalidade, data, categoria e objetivo; ou sem prazo definido

Como está seu desempenho hoje?

Cargas e repetições, ritmo e distância, tempo de prova ou outro indicador

O que mais dificulta sua evolução?

Tempo, trabalho, alimentação, dor, cansaço, motivação ou outro fator

Rotina, sono e hábitos

Quantas horas você dorme por noite?

Escolha uma opção: Menos de 5h / De 5 a menos de 7 horas / De 7 a 9 horas / Mais de 9 horas / Varia muito / não sei

Como você avalia a qualidade do seu sono?

Escolha uma opção: Boa / Regular / Ruim

Com que frequência você pratica atividade física?

Escolha uma opção: Não pratico / 1–2 vezes por semana / 3–4 vezes por semana / 5 vezes ou mais por semana / Rotina de atleta / várias sessões por dia

Quanto tempo dura cada sessão de atividade física?

Se pratica atividade física. Escolha uma opção: Menos de 30 minutos / De 30 a 45 minutos / Mais de 45 até 60 minutos / Mais de 60 minutos

Quais atividades você pratica?

Se pratica atividade física. Marque todas que se aplicam: Caminhada / Corrida / Musculação / Ciclismo / Natação / Esporte coletivo / Aulas ou dança / Outra

Como você considera sua alimentação atualmente?

Escolha uma opção: Equilibrada / Pode melhorar / Muito desorganizada / Às vezes como muito e sinto que não consigo parar

Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

Escolha uma opção: Não consumo / Ocasionalmente / Semanalmente / Diariamente

Tabagismo

Escolha uma opção: Nunca fumei / Já fumei, mas parei / Fumo atualmente

Com que frequência você evacua?

Escolha uma opção: Mais de uma vez ao dia / Uma vez ao dia / A cada 2 dias / Duas vezes por semana ou menos / Varia entre diarreia e intestino preso

Você consome bebidas açucaradas?

Escolha uma opção: Não / Às vezes / Frequentemente

Com que frequência você bebe refrigerante com açúcar?
Se costuma beber bebidas com açúcar. Escolha uma opção: Nunca / Raramente / 1–2 vezes por semana / 3–6 vezes por semana / Todos os dias

Em que horário você sente mais fome?
Escolha uma opção: Ao acordar / Pela manhã / Antes do almoço / À tarde / À noite / De madrugada / Não percebo um horário específico

Quando a fome aperta, o que você mais procura?
Marque todas que se aplicam: Doces / Pão, massas ou biscoitos / Salgados / Comida de prato / Fast-food / Qualquer alimento disponível / Não tenho preferência

Você tem dificuldade para parar de comer depois que começa?
Escolha uma opção: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Quase sempre

Você come em resposta à tristeza, à ansiedade, ao estresse ou ao tédio?
Escolha uma opção: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Quase sempre

Você sente culpa depois de comer?
Escolha uma opção: Nunca / Raramente / Às vezes / Frequentemente / Quase sempre

Com que frequência a ansiedade causa incômodo?
Escolha uma opção: Nunca / Em alguns dias / Frequentemente / Quase todos os dias

Você ronca?
Escolha uma opção: Não / Às vezes / Sim / Não sei

Alguém já percebeu pausas na sua respiração durante o sono?
Escolha uma opção: Não / Sim / Não sei

Você sente sono excessivo durante o dia?
Escolha uma opção: Nunca / Às vezes / Frequentemente / Todos os dias

Quanto tempo por dia você passa em telas (celular, computador e TV)?
Escolha uma opção: Menos de 2 horas / De 2 a menos de 6 horas / De 6 a 8 horas / Mais de 8 horas / Não sei

Em um dia de trabalho, quantas horas você trabalha?
Escolha uma opção: Até 4 horas / Mais de 4 até 6 horas / Mais de 6 até 8 horas / Mais de 8 até 10 horas / Mais de 10 horas / Não trabalho atualmente

Como você passa a maior parte do período de trabalho?
Escolha uma opção: Em posição sentada / Em pé, com pouca movimentação / Caminhando ou em movimento / Realizando esforço físico / Não se aplica

Treinamento e recuperação

Pense nas últimas quatro semanas. Detalhes da rotina ajudam a individualizar a consulta.

Quais atividades você pratica e há quanto tempo?
Quais esportes pratica e há quanto tempo; iniciante, retorno ou prática regular

Como organiza sua semana de treinos?
Dias, horários, duração, musculação, cardio e dias de descanso

Quão puxado é seu treino e o que mudou recentemente?
Leve, moderada ou intensa; aumento de volume/carga e há quanto tempo

Quem orienta seus treinos e como acompanha a progressão?
Profissional, planilha, aplicativo ou treino por conta própria

Como se sente entre as sessões?
Dor muscular persistente, fadiga, queda de rendimento, lesões recorrentes ou boa recuperação

Sono, estresse e disponibilidade para treinar
Horários de dormir/acordar, turnos de trabalho, estresse e dias possíveis

O que você costuma comer em um dia normal?
Horários, refeições, fontes de proteína, restrições e acompanhamento nutricional

O que come e bebe antes, durante e depois do exercício?
Inclua treino em jejum, intervalos sem comer e desconfortos digestivos

Quanto você bebe de água e como é seu suor durante o treino?
Quanto bebe, duração do exercício, calor, suor intenso ou câimbras

Suplementos, pré-treinos, energéticos e cafeína
Produto/marca, dose, frequência, horário e motivo de uso; ou não uso

Percebeu mudanças na disposição, no desejo sexual ou na menstruação (se aplicável)?
Cansaço persistente, frio excessivo, redução da libido, irregularidade/ausência menstrual ou nenhuma mudança

Restrições alimentares e relação com peso e treino
Dietas muito restritas, perda rápida de peso, culpa ao comer ou dificuldade de descansar; responda se se sentir à vontade

Assuntos para a consulta

Sobre qual assunto você deseja conversar na consulta? Se não souber, escolha avaliação geral.
Escolha uma opção: Avaliação geral / não sei / Menopausa / Ovários policísticos (SOP) / menstruação irregular / Tireoide / Diabetes / Desconfortos na barriga ou no intestino / Doença autoimune já diagnosticada ou em investigação / Outro

Data da última menstruação (aproximada)
Se você menstrua ou já menstruou. Se não lembrar, deixe em branco.

Você sente algum destes sintomas nesta fase da vida?

Se deseja conversar sobre menopausa. Não é necessário saber a causa dos sintomas. Marque todas que se aplicam: Ondas de calor (calor repentino) / Suor noturno / Sono ruim / Irritabilidade / Ansiedade / Tristeza / Secura vaginal / Diminuição do desejo sexual / Dores articulares / Ganho de peso / Nenhum desses sintomas / Não sei

Você percebe alguma destas mudanças na menstruação, na pele ou nos pelos?

Se deseja conversar sobre menstruação irregular ou ovários policísticos. Não é necessário ter diagnóstico. Marque todas que se aplicam: Menstruação com intervalos irregulares / Menstruação ausente / Espinhas (acne) / Aumento de pelos no rosto ou no corpo / Queda de cabelo / Dificuldade para engravidar / Ganho de peso / Manchas escuras na pele / Nenhum desses sintomas / Não sei

Algum médico já informou um problema na sua tireoide?

Se deseja conversar sobre a tireoide. Marque todas que se aplicam: Tireoide funcionando menos que o normal (diagnosticado) / Tireoide funcionando mais que o normal (diagnosticado) / Nódulo / Cirurgia de tireoide / Câncer de tireoide / Uso de levotiroxina / Exames alterados / Apenas investigação / Nenhum diagnóstico conhecido / Não sei

O que você sabe sobre sua glicose (açúcar no sangue) e seu tratamento?

Se deseja conversar sobre glicose ou diabetes. Marque todas que se aplicam: Pré-diabetes / Diabetes tipo 1 / Diabetes tipo 2 / Diabetes gestacional prévio / Uso de comprimidos / Uso de insulina / Episódios de açúcar baixo no sangue / Glicose descontrolada / Nenhum diagnóstico conhecido / Não sei

O que você sente na barriga ou percebe ao evacuar?

Se deseja conversar sobre desconfortos na barriga ou no intestino. Marque todas que se aplicam: Barriga inchada ou estufada / Gases / Dor na barriga / Intestino preso / dificuldade para evacuar / Diarreia / Períodos de intestino preso alternados com diarreia / Azia ou refluxo / Desconforto após determinados alimentos / Nenhum desses sintomas / Não sei

Algum médico já informou que você tem uma doença autoimune (quando a defesa do corpo ataca o próprio organismo)?

Se já recebeu ou está investigando diagnóstico de doença autoimune. Escolha uma opção: Diagnóstico confirmado / Em investigação / Nenhum diagnóstico conhecido / Não sei

Qual avaliação você procura?

Se escolheu outro assunto.

Você ronca alto (mais alto que uma conversa ou audível através de uma porta fechada)?

Triagem de sono: responda se ronca, tem sonolência ou por orientação do médico. Escolha uma opção: Não / Sim / Não sei

Você costuma sentir cansaço, fadiga ou sonolência durante o dia?

Triagem de sono. Escolha uma opção: Não / Sim

Alguém já observou você parar de respirar, engasgar ou ofegar durante o sono?
Triagem de sono. Escolha uma opção: Não / Sim / Não sei

Você tem pressão alta ou usa medicamento para hipertensão?
Triagem de sono. Escolha uma opção: Não / Sim / Não sei

Medida do pescoço em centímetros (se souber; opcional)
Opcional. Não precisa medir agora se não souber. Ex.: 41

Peso e medidas

Qual é sua altura? Informe em metros (1,65) ou centímetros (165)
Ex.: 1,65

Qual é seu peso atual em quilos (kg)?
Ex.: 82,5

Qual foi seu maior peso na vida adulta, fora da gestação? (kg; opcional)

Medida da cintura em centímetros (se souber; opcional)

Evolução da composição corporal

Preencha apenas medidas que você conhece. Não é necessário fazer um exame novo para responder.

Seu peso ou suas medidas mudaram nos últimos 3 a 6 meses?
Exemplo: pesava 80 kg em julho e agora peso 77 kg. Foi uma mudança planejada? Se não lembra os valores, descreva ou escreva não sei.

Você já fez algum exame para medir gordura e músculos do corpo?
Se sim, informe quando e copie os resultados como aparecem no laudo, com as unidades. Pode anexar uma foto em vez de copiar. Se nunca fez ou não sabe, informe isso.

Se já fez esse exame mais de uma vez, lembra se foi no mesmo local e aparelho?
Se lembrar, conte o horário, se havia treinado antes e outros detalhes. Não precisa adivinhar.

Você acompanha medidas como cintura, quadril, braço ou coxa?
Quadril, braço, coxa ou outras, em cm, com datas; opcional

Exames e informações finais

Você usa suplementos?
Escolha uma opção: Não / Sim — vou anexar uma foto / Sim — vou descrever

Quais suplementos?
Se usa suplementos: descreva ou anexe uma foto.

Algum alimento costuma causar desconforto? Marque o que já percebeu.
Escolha uma opção: Não / Lactose / Glúten / Outra / Não sei

Outras informações importantes

Padrões alimentares

1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre. Responda pensando na maioria dos dias.

Fome emocional

Comer para lidar com emoções negativas

Como em resposta à tristeza, à ansiedade ou ao estresse.
Resposta de 1 a 5

Busco comida para me acalmar.
Resposta de 1 a 5

Tenho vontade de comer quando sinto tédio.
Resposta de 1 a 5

Como para aliviar frustrações.
Resposta de 1 a 5

A comida me traz conforto emocional.
Resposta de 1 a 5

Fome impulsiva / reativa

Comer por impulso, estímulo visual ou olfativo

Quando vejo comida, tenho vontade imediata de comer.
Resposta de 1 a 5

Tenho dificuldade de parar de comer quando começo.
Resposta de 1 a 5

Costumo "beliscar" sem perceber.
Resposta de 1 a 5

Sinto vontade de comer mesmo sem fome.
Resposta de 1 a 5

Como apenas por ver comida disponível.
Resposta de 1 a 5

Fome sensitiva / hedônica

Comer pelo prazer, sabor ou textura

Busco alimentos saborosos mesmo sem fome.
Resposta de 1 a 5

Tenho prazer intenso ao comer certos alimentos.
Resposta de 1 a 5

Sinto dificuldade em resistir a comidas muito apetitosas.
Resposta de 1 a 5

A textura e o sabor influenciam minhas escolhas.
Resposta de 1 a 5

Mesmo após perceber saciedade, continuo comendo se o alimento estiver agradável.
Resposta de 1 a 5

Restrição alimentar / controle rígido

Controle excessivo e sentimento de culpa

Evito comer certos alimentos por medo de engordar.
Resposta de 1 a 5

Sinto culpa quando como algo que considero "errado".
Resposta de 1 a 5

Alterno períodos de restrição e descontrole alimentar.
Resposta de 1 a 5

Conto calorias com frequência.
Resposta de 1 a 5

Tenho medo de perder o controle ao comer.
Resposta de 1 a 5

Fome fisiológica

Comer por real necessidade energética ou biológica

Consigo identificar quando estou realmente com fome.
Resposta de 1 a 5

Paro de comer quando percebo saciedade.
Resposta de 1 a 5

Não como apenas por prazer ou emoção.
Resposta de 1 a 5

Tenho horários regulares para as refeições.
Resposta de 1 a 5

Sinto fome principalmente após longos períodos sem comer.
Resposta de 1 a 5

Sonolência - Epworth

Responda se tem sonolência, ronco ou pausas na respiração durante o sono, ou por orientação médica. Chance de cochilar: 0 = nenhuma; 1 = pequena; 2 = moderada; 3 = alta. Se não se aplicar, deixe sem preencher.

Ao ler um livro, uma revista ou um jornal.
Pontuação conforme legenda acima

Ao assistir televisão.
Pontuação conforme legenda acima

Ao permanecer sem atividade em um local público (sala de espera, igreja, cinema ou reunião).
Pontuação conforme legenda acima

Durante uma viagem de carro de aproximadamente uma hora, sem parada.
Pontuação conforme legenda acima

Ao descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem.
Pontuação conforme legenda acima

Durante uma conversa com alguém.
Pontuação conforme legenda acima

Ao permanecer tranquilamente após o almoço, sem consumir bebida alcoólica.
Pontuação conforme legenda acima

Durante uma parada de alguns minutos no trânsito enquanto dirige (se não dirige, imagine uma situação semelhante de espera).
Pontuação conforme legenda acima

Sintomas da menopausa - MRS

Para quem está passando pela menopausa ou deseja avaliar sintomas dessa fase. 0 = nenhum; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = intenso; 4 = muito intenso. Se não se aplicar, deixe sem preencher.

Ondas de calor, suores ou sudorese noturna.
Pontuação conforme legenda acima

Desconforto no coração (palpitações ou batimentos irregulares).
Pontuação conforme legenda acima

Dificuldade para dormir.
Pontuação conforme legenda acima

Humor deprimido (tristeza, desânimo ou vontade de chorar).
Pontuação conforme legenda acima

Irritabilidade.
Pontuação conforme legenda acima

Ansiedade.
Pontuação conforme legenda acima

Cansaço físico e mental, dificuldade de concentração ou memória.
Pontuação conforme legenda acima

Problemas sexuais (desejo, excitação ou satisfação).
Pontuação conforme legenda acima

Problemas urinários.
Pontuação conforme legenda acima

Ressecamento vaginal ou dor na relação sexual.
Pontuação conforme legenda acima

Dores musculares e nas articulações.
Pontuação conforme legenda acima

Ansiedade - GAD-7

Responda se ansiedade, preocupação ou nervosismo têm incomodado. Nas últimas 2 semanas: 0 = nenhuma vez; 1 = vários dias; 2 = mais da metade dos dias; 3 = quase todos os dias. Se não se aplicar, deixe sem preencher.

Sentir nervosismo, ansiedade ou tensão intensa.
Pontuação conforme legenda acima

Não conseguir parar ou controlar as preocupações.
Pontuação conforme legenda acima

Preocupar-se excessivamente com diferentes assuntos.
Pontuação conforme legenda acima

Ter dificuldade para relaxar.
Pontuação conforme legenda acima

Sentir tanta inquietação que é difícil permanecer sem se mover.
Pontuação conforme legenda acima

Irritar-se ou aborrecer-se facilmente.
Pontuação conforme legenda acima

Sentir medo, como se algo muito ruim pudesse acontecer.
Pontuação conforme legenda acima

Exames, revisão e consentimento

Leve os exames e avaliações de composição corporal que já tiver. As informações serão interpretadas pelo médico; não constituem diagnóstico automático.

Exames ou documentos que deseja apresentar
Nome e data dos exames

Declaro que as informações refletem o que sei sobre minha saúde.
Estou ciente de que serão usadas para preparar meu atendimento médico. Nome, data e assinatura: