

O preenchimento cuidadoso deste questionário economiza tempo e é importante para identificar fatores físicos, emocionais, mentais, sociais, de estresse e significado importantes que desempenham um papel na regeneração da saúde. Suas informações são mantidas estritamente confidenciais e não estão acessíveis a terceiros.

### 1. Informações pessoais:

1. Sobrenome:	
2. Primeiro nome:	
3. Data de nascimento:	
4. Celular:	
5. Whatsapp	
6. E-mail:	
7. Endereço:	
8. Cidade:	
9. Código postal:	
10. Profissão e atividades principais:	
11. Religião, Filosofia ou Ideologia:	
12. Tipo de sangue:	

### 2. Conhecimento:

1. Você tem conhecimento do Vitalismo, os ensinamentos do Hipócrates?	
2. Quem são seus atuais mentores na área de saúde humana?	
3. Você já estudou documentários e livros sobre alimentação, saúde, longevidade, a indústria farmacêutica e a indústria alimentar? Quais?	

4. Você conhece o trabalho do Lair Ribeiro e Jaime Bruning?	
5. Você tem conhecimento sobre o microbiota e o sistema imunológico?	
6. Você sabe que é glifosato / Round-up?	
7. Você tem o habito de ler as bulas dos remédios que você toma?	

### 3. Sintomas e possíveis causas:

1. Principais sintomas:	
2. Principais fontes de estresse:	
3. Eu tenho alergia alimentar com:	
4. Eu tenho pouca energia.	
5. Estou regularmente cansado num dia.	
6. Acordo regularmente cansado de manhã.	
7. Minha urina fica regularmente escura durante o dia e cheira forte.	
8. Eu sofro de constipação.	
9. Minhas fezes regularmente assumem a forma de 'pequenas fezes'.	
10. Eu regularmente tenho fezes finas / diarreia.	
11. Minhas fezes fedem regularmente.	
12. Eu regularmente tenho uma boca seca.	
13. Eu não me exercício muito.	
14. Sinto dores de cabeça depois de comer.	

15. Não consigo criar clareza na minha cabeça.	
16. Muitas vezes a comida é decepcionante.	
17. Eu tenho problemas para dormir.	
18. Acordo de noite e depois tenho problemas para adormecer novamente.	
19. Fiz as seguintes cirurgia(s):	
20. Uso os seguintes medicamentos ou hormônios:	
21. Tomei as seguintes vacinas:	
22. Recebi quimioterapia ou radioterapia.	
23. Em tenho um ou mais canais feito nos dentes.	
24. Eu tenho um ou mais recheios de mercúrio.	
25. Meus dentes me incomodam regularmente.	
26. Uso os seguintes tratamentos complementares:	

#### 4. Nutrição:

1. Seu corpo está com peso ideal? Mais ou menos?	
2. Você respira pela boca ou nariz?	
3. Principais alimentos e bebidas do jejum:	
4. Principais alimentos e bebidas do almoço:	
5. Principais alimentos e bebidas do jantar:	
6. Você bebe no mínimo um litro de água por dia?	
7. Você bebe água da cidade ou água mineral?	

8. Você usa álcool, tabaco? Frequência / quantidade?	
9. Toma café, refrigerante? Frequência / quantidade?	
10. Toma leite e derivados? Frequência / quantidade? Pasteurizado ou cru?	
11. Come carne, frango, peixe e ovos? Da granja ou da roça? Orgânico ou "normal"?	
12. Comida vem principalmente do supermercado, da roça, ou da lojas orgânicos?	
13. Come mais na rua ou mais em casa?	
14. Você use regularmente açúcar branco (em café, chá, doces, biscoitos ou refrigerantes)	
15. Come regularmente produtos de farinha branca (pão branco, arroz branco, macarrão etc.)	
16. Come comida de potes e latas?	
17. Você recentemente ajustou sua dieta? Em que sentido?	

## 5. Hábitos saudáveis:

Responda às seguintes perguntas com SIM ou NÃO. Ao responder às perguntas, não pense apenas nisso hoje, mas tente indicar a média das últimas semanas. Quando a pergunta não se aplica, você pode responder "Não".

1. Eu ando todo dia uma hora.	
2. Gosto de andar descalço.	
3. Mastiga muito bem a comida.	
4. Eu gosto de pegar sol no mínimo 20 minutos todo dia.	
5.	

## 6. Auto Apoio

1. Eu tento controlar tudo o máximo possível.	
2. Olho mais para o que dá errado do que para o que corre bem.	
3. Eu tento fazer tudo da melhor maneira possível.	
4. Eu tenho consideração pelos outros.	
5. Acho difícil cometer erros.	

6. Deixo pouco para os outros.	
7. Eu tento agradecer as pessoas o máximo possível.	
8. Sou bom em ver onde as coisas podem dar errado.	
9. Estou regularmente de cabeça para baixo.	
10. Estabeleci altos padrões para mim.	
11. Eu tento fazer tudo sozinho, tanto quanto possível.	

## 7. Apoio de outras pessoas

1. Meus pais me entendem.	
2. Meus pais acreditam nas escolhas que faço.	
3. Sinto apoio de meus pais.	
4. Sinto o apoio do meu parceiro no que quero fazer.	
5. Sinto-me emocionalmente compreendido pelo meu parceiro.	
6. Experimento ajuda / suporte de terceiros quando estou com dificuldades.	
7. Tenho um bom relacionamento com meu empregador em relação à minha doença/recuperação.	
8. Meu médico de cura natural tem um plano de trabalho satisfatório para mim.	
9. Meu médico de cura natural tem tempo e entendimento suficientes para meus sentimentos.	
10. Meu médico tem um plano de trabalho satisfatório para mim.	
11. Meu médico tem tempo e entendimento suficientes para meus sentimentos.	
12. Meu oncologista tem um plano de trabalho satisfatório para mim.	
13. Meu oncologista tem tempo e entendimento suficientes para meus sentimentos.	
14. Eu tenho uma briga / conflito com alguém da minha família.	
15. Tenho uma briga / conflito com algum dos meus sogros.	
16. Não tenho mais contato com ninguém da minha família.	
17. Eu sou solteiro.	

## 8. Meio Ambiente

1. Uso regularmente cosméticos "normais".	
2. Uso regularmente um desodorizante "normal".	
3. Uso regularmente itens de banho e creme dental "normais".	
4. Eu visto principalmente roupas sintéticas.	
5. Uso regularmente um sutiã de metal.	
6. Tem carpete sintético na minha cozinha, escritório ou quarto	
7. Não há plantas na minha sala de estar.	
8. Há plantas no meu quarto.	
9. Há manchas de mofo na minha casa.	
10. Na minha casa, existem várias lâmpadas economizadoras de energia ou tubos fluorescentes.	
11. Eu como regularmente de pratos de plástico.	
12. Eu cozinho regularmente em uma panela de alumínio.	
13. Eu guardo minha comida regularmente em papel alumínio.	
14. Eu uso um micro-ondas regularmente.	
15. Eu assisto TV por mais de uma hora por dia.	
16. Eu tenho uma conexão sem fio à Internet.	
17. Eu tenho um celular sempre comigo.	

18. Passo mais de quatro horas por dia no computador.	
19. Coloco os dispositivos em espera durante o dia quando não os estou usando.	
20. Coloco os dispositivos em espera à noite.	
21. Eu tenho meu celular ao lado da minha cama.	
22. Minha cama tem uma base de espirais de metal.	
23. Eu tenho uma cama de água.	
24. Durmo à noite com as janelas fechadas.	
25. Uso inseticidas contra mosquitos em casa.	
26. Dirijo o carro por mais de uma hora por dia.	

## 9. Estresse mais detalhada:

1. Estou preocupado.	
2. Adio assuntos importantes.	
3. Tenho dificuldade em me concentrar.	
4. Acho difícil relaxar.	
5. Fico irritado rapidamente.	
6. Eu sou caótico.	
7. Eu sou perfeccionista.	
8. Eu sempre quero manter o controle da situação.	
9. Estou ansioso pelo dia / tarefas.	
10. Estou muito alerta.	
11. Eu não consigo me engajar.	
12. Me sinto triste.	
13. Eu rapidamente fico impaciente / irritado.	
14. Sinto-me frustrado.	
15. Fico com um dor de cabeça, enjoado depois das refeições.	
16. Eu sou mais emocional do que antes.	
17. Sinto-me paralisado.	
18. Eu me preocupo muito.	
19. Sinto pouco sentido na minha vida.	
20. Fico muito animado com as coisas.	
21. Eu regularmente tenho uma boca seca.	
22. Sou regularmente enjoado.	
23. Estou mais frio do que antes.	
24. Tenho mãos e pés frios.	
25. Estou com suor frio.	
26. Tenho problemas de relacionamento que me preocupam.	
27. Um dos meus filhos me rejeita.	
28. Estou em conflito com um membro da família (ou nunca mais o vejo).	
29. Sinto insatisfação com minha vida sexual.	
30. Sinto uma alta carga de trabalho.	
31. Estou em conflito com meu empregador / colega.	
32. Estou preocupado com minha situação financeira.	
33. Durmo no mínimo 8 horas no escuridão total.	
34. Durmo inquieto.	
35. Eu viro muito à noite.	
36. Sofro de suores noturnos.	
37. Costumo acordar à noite entre 1 e 3 da manhã.	

38. Eu cerro os dentes.	
39. Eu evito contatos.	
40. Tenho dificuldade em falar sobre o que me preocupa.	
41. Eu bebo mais de três xícaras de café porque preciso.	
42. Eu bebo álcool diariamente para relaxar.	
43. Eu regularmente tenho ansiedade com a minha doença. Retornos etc.	
44. Tenho medo dos meus tratamentos e seus efeitos.	
45. Geralmente estou com muita dor.	
46. Eu uso morfina.	
47. Uso remédios para me acalmar.	

## 10. O seu histórico de doenças:

Sua reclamação / diagnóstico médico em relação à esta consulta:

Por favor, indique suas queixas, exames e tratamentos abaixo, ordem cronológica com indicação mês / ano.

Data Reclamação	investigação	tratamento

## 11. Fatores sistêmicos:

1. Seu pai ainda está vivo? Idade?	
2. Suas principais queixas são / foram:	
3. Sua mãe ainda está viva? Idade?	
4. Suas principais queixas são / foram:	
5. Declare as doenças mais importantes que ocorrem mais em sua família:	

## 12. Como está a/o:

Cheiro da boca:	
Língua:	
Pele:	

Sudorese:	
Apetite:	
Paladar:	
Fezes:	
Urina:	

### 13. Conquistas:

Que experiências intensas moldaram sua vida em uma extensão significativa?

Experiência intensa 1: Descreva brevemente o impacto dessa experiência em sua vida:	
Experiência intensa 2:	
Experiência intensa 3:	
Qual é o fio comum em sua vida? O fio comum é um importante (doloroso) tema que você encontra repetidamente em sua vida. Aproveite o tempo aqui para pensar sobre o assunto e possivelmente discuti-lo com seu parceiro ou vizinho.	
Qual poderia ser o fio de ouro em sua vida? O fio de ouro é um presente (escondido) em sua vida. Muitas vezes é a libertação de o segmento comum mencionado acima. Aproveite o tempo para pensar sobre isso.	