

<b>Nome</b>	<b>Sobrenome</b>	<b>Número HAS</b> _____
-------------	------------------	-------------------------

<b>Data</b>	<b>O Masc. O Fem.</b>	<b>Data de nascimento</b>	<b>Idade (anos) O Não tem certeza</b>
Evento	Localidade	O Atleta O Parceiro Unificado	Esporte
Delegação		Programa SO	

## Saúde Óssea

Altura \_\_\_\_\_ cms *p.ex. 000.00*  
 Peso \_\_\_\_\_ kg *p.ex. 000.00*

Altura \_\_\_\_\_ inches *p.ex. 000.00*  
 Peso \_\_\_\_\_ lbs. *p.ex. 000.00*

### Scanner PIXI

Pontuação T \_\_\_\_\_ - 9.9 a + 9.9

### BMI

\_\_\_\_\_



## Suspensão do Fumo

Você fuma cigarros

Sim  Não

Cigarros por dia \_\_\_\_\_

Cigarros por semana \_\_\_\_\_

Cigarros por mês \_\_\_\_\_

Cigarros por ano \_\_\_\_\_

Você fuma charuto

Sim  Não

Charutos por dia \_\_\_\_\_

Charutos por semana \_\_\_\_\_

Charutos por mês \_\_\_\_\_

Charutos por ano \_\_\_\_\_

Você fuma cachimbo

Sim  Não

Você masca tabaco

Sim  Não

## Nutrição - Andar

### Quanto você anda por dia?

10 minutos ou menos

30 minutos

45 minutos (anda até lojas, trabalho, mas é perto de casa ou quase não sai de casa)

60 minutos ou mais (transporte principal na cidade ou casa)

Incapaz de andar

## Nutrição – Alimentos

### Que tipos de alimentos você come todos os dias?

Leite, Queijo, Iogurte e outros laticínios

2 ou mais  1  Nenhum

Frutas e Verduras

Verde Escura e Folhas

1 por dia  2 por dia  Mais de 2 por dia  Nenhuma

Outras Verduras (batata, milho etc.)

1 por dia  2 por dia  Mais de 2 por dia  Nenhuma

Frutas (lembre-se de incluir suco de frutas)

1 por dia  2 por dia  Mais de 2 por dia  Nenhuma

Carne, Ovos, Frango, Peixe, Feijão e Ervilha

1 por dia  2 por dia  Mais de 2 por dia  Nenhum

Pães, Cereais e outros Grãos (arroz, macarrão, etc.)

1 por dia  2 por dia  3 por dia  Mais de 3 por dia  Nenhum

Gorduras, Óleos e Doces

1 por dia  2 por dia  3 por dia  Mais de 3 por dia  Nenhum

<b>Nome</b>	<b>Sobrenome</b>	<b>Número HAS</b> _____
-------------	------------------	-------------------------

### Nutrição - Bebidas

**O que você bebe quando está com sede?**

- Água
- Suco de frutas
- Refrigerante
- Bebida energética
- Leite e derivados (inclua leite de soja)

### Nutrição – Outros Alimentos

**Você come outros alimentos ou toma comprimidos nutritivos especiais (i.e.: barra de cereais, mingau enriquecido, bebida energética, suplementos alimentares como o *Ensure*, suplementos vitamínicos, suplementos proteicos)?**

- barra de cereais, mingau enriquecido, bebidas energéticas
- produto de suplemento nutricional
- suplemento vitamínico, mineral ou proteico
- item não alimentício (barro, sujeira, gelo de freezer, jornal)

### Segurança na exposição ao Sol

**A cor do seu cabelo é**

- loiro/ruivo
- castanho
- preto

**A cor dos seus olhos é**

- azul/verde
- castanho-claro
- marrom

**Quando exposto ao sol no verão você**

- queima
- queima e às vezes fica com bolhas
- queima e depois bronzeia
- bronzeia

**Você sabe como proteger sua pele do sol?**

- Sim  Não

**Assinale todas que se aplicam**

- uso de protetor solar
- usa chapéu
- fica na sombra
- usa óculos escuros

**Você usa protetor solar nos meses de inverno?**

- Sim  Não