43 ❑ Ao longo do último ano, teve visão reduzida ou tensão ocular, visão desfocada, perda da visão central ou distorção de linhas retas?

44 ❑ As suas articulações doem ou sente uma diminuição da mobilidade articular?

45 ❑ Sente que está a envelhecer prematuramente?

SOMENTE PARA MULHERES

46 ❑ Sente algum desconforto antes do seu período (retenção de água, aumento de peso, dores de cabeça, tensão mamária, irritabilidade...)?

47 ❑ Está a usar um tratamento contracetivo ou hormonal (pílula, dispositivo intra-uterino, implante subcutâneo, THS)?

48 ❑ Tem períodos irregulares ou dificuldades em engravidar?

49 ❑ Sente algum desconforto na pré-menopausa ou na menopausa (afrontamentos, aumento de peso)?

50 ❑ É propenso a corrimento vaginal, ardores, comichão?

APENAS PARA HOMENS

51 ❑ Notou recentemente uma necessidade de urinar com mais frequência?

APENAS PARA CRIANÇAS

52 ❑ Está stressada ou hiperativa?

53 ❑ Encontra-se num período de crescimento intenso?

Os seus dados de contacto e as respostas ao questionário do Perfil Saúde Micronutrição (incluindo dados de saúde) são processados para criar o seu Perfil Saúde Micronutrição personalizado. Este processamento é baseado no seu consentimento, que poderá retirar a qualquer momento. Todas as informações indicadas como obrigatórias são necessárias para a criação do seu perfil. A Nutergia (Laboratoire Nutergia - DPO - Rue Claude Bernard - B.P. 52 - 12700 CAPDENAC) e o seu profissional atuam como responsáveis pelo tratamento conjunto. Os seus dados são mantidos no seu espaço pessoal Perfil Saúde Micronutrição durante o período de utilização da sua conta até serem apagados a seu pedido ou em caso de inatividade por um período de 24 meses. Tem direito de acesso, retificação, eliminação dos seus dados pessoais, direito de limitar o processamento, à portabilidade, direito de oposição e direito de definir diretivas sobre o destino dos seus dados post-mortem. Para além dos direitos acima referidos, tem o direito de se opor ao processamento dos seus dados pessoais justificado pelos interesses legítimos do Laboratoire Nutergia ou para fins de prospeção, incluindo a elaboração de perfis. Pode exercer estes direitos junto da Nutergia por correio eletrónico em dpo@nutergia.fr ou por correio endereçado ao Laboratoire Nutergia - DPO - Rue Claude Bernard - B.P. 52 - 12700 CAPDENAC, anexando prova de identidade. Reservamo-nos o direito de cobrar uma taxa se a lei o permitir, por exemplo, se o seu pedido for claramente infundado ou excessivo. Tem também o direito de apresentar queixa à CNIL sobre o exercício dos seus direitos ou o processamento dos seus dados online ou no seguinte endereço: 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX.

Questionário

Todo o papel pode ser separado e reciclado
IMPRIM'VERT® • Papel PEFC - Outubro 2021

Uma inovação de Nutergia LABORATOIRE

Perfil Saúde Micronutrição

Questionário
Perfil Saúde Micronutrição

Uma abordagem inovadora do laboratório Nutergia, as 53 perguntas sobre os seus hábitos alimentares, o seu estilo de vida, o seu ambiente e qualquer desconforto que possa ter, ajudarão a estabelecer o seu **Perfil Saúde Micronutrição.**

O seu profissional será assim capaz de **determinar os seus fatores de equilíbrio e bem-estar.** Ele ou ela irá oferecer-lhe um **acompanhamento personalizado** incluindo conselhos alimentares e de estilo de vida, combinados, se necessário, com suplementos micronutricionais específicos.



Os pontos + da ferramenta:
Rápida, personalizada, confidencial e levada a cabo por um profissional.

Um questionário abrangente e detalhado, resultando num histograma que transcreve a extensão da perturbação de cada terreno.

Preencher em MAIÚSCULAS

Data*: ..... Sexo*: ❑ Feminino ❑ Masculino

Apelido*: ..... Nome próprio*: .....

Endereço: .....

Código postal*: ..... Cidade*: ..... País*: .....

E-mail: ..... Telefone: .....

Data de nascimento*: ..... Altura (m)*: ..... Peso (kg)*: .....

(Altura e peso indispensáveis para o cálculo de IMC)

**Informação obrigatória*

Comentários específicos:

.....

.....

.....

Carimbo

Uma inovação de Nutergia LABORATOIRE

Perfil Saúde Micronutrição

3 pontos importantes para preencher o seu questionário:

1 - Se a sua resposta for SIM, assinale a caixa.
2 - Quando **são mencionados vários problemas,** a presença de **apenas um** é suficiente para **assinalar a caixa**.
Por exemplo: ❑ Perde muito cabelo ou está desvitalizado?
Se estou a perder o meu cabelo, mas não está desvitalizado, assinalo a caixa.
3 - Só as **mudanças alimentares** de **3 meses ou mais** devem ser **tidas em conta**.

1	❑	Consome carne e charcutaria (incluindo fiambre) mais de 5 vezes por semana?
2	❑	Consome mais de duas vezes por semana alimentos industriais: congelados, enlatados ou preparados?
3	❑	Consome mais de 2 produtos lácteos por dia (iogurte, natas, béchamel, queijo, gelado, creme de sobremesa)?
4	❑	Consome peixe gordo (sardinha, cavala, arenque, anchova), fresco ou enlatado, pelo menos duas vezes por semana?
5	❑	Utiliza diariamente azeite virgem extra em garrafas opacas, de preferência biológico?
6	❑	Utiliza diariamente outros óleos «virgens de 1ª pressão a frio», de preferência biológicos, não aquecidos, em garrafas de vidro opacas (colza, noz, camelina, girassol, linhaça)?
7	❑	Come mais de 3 vezes por semana alimentos como pastelaria, croissants, quiches, tartes ou produtos feitos com massa folhada?
8	❑	Come em média mais de 3 vezes por semana em restaurantes de fast-food, cantinas ou restaurantes?
9	❑	Come mais de 2 «doces» por dia: bolachas, bolos, barras de cereais, confeitaria, chocolate, refrigerantes, sumo de fruta, xarope, mel (mais de 2 colheres de sopa) ou açúcar (mais de 10 g = 2 pedaços ou pacotinhos)?
10	❑	Consome diariamente várias frutas e legumes crus da época?
11	❑	Consome pelo menos uma porção de vegetais sazonais cozinhados a baixa temperatura, como cozidos a vapor ou estufados (não numa panela de pressão, numa caçarola elétrica ou no micro-ondas) todos os dias?
12	❑	Come regularmente produtos biológicos ou da sua horta (não tratados)?
13	❑	Tem normalmente uma refeição maior (mais calórica) à noite do que à hora do almoço, incluindo carne ou charcutaria?
14	❑	Come em horários regulares, sentado e sossegado?
15	❑	Salta uma das 3 refeições principais mais de uma vez por semana (pequeno-almoço, almoço, jantar)?
16	❑	Está a seguir uma dieta pobre em calorias com restrições alimentares?
17	❑	Bebe mais de 1 litro de água de nascente ou água filtrada por dia (4-5 copos)?

VOCÊ E O SEU MEIO AMBIENTE

18	❑	A sua pele está seca (incluindo frieiras, gretas), áspera ou com tendência para a acne, ou usa um creme para pele irritada ou atópica?
19	❑	Sofre regularmente de problemas de ORL (dores de garganta, nariz entupido, nariz a pingar) ou de alergias diversas (respiratórias ou alimentares)?
20	❑	Perde significativamente o seu cabelo ou está desvitalizado?
21	❑	Fuma mais de 5 cigarros por dia ou bebe mais de 1 copo de álcool forte ou mais de 2 copos de vinho por dia?
22	❑	Tem mais de 3 amálgamas (chumbos não-resinosos) ou coroas metálicas na boca?
23	❑	Vive num ambiente urbano poluído ou está em contacto diário com produtos químicos (por exemplo, pintor, cabeleireiro, empregado de lavandaria...)?
24	❑	Tem colesterol alto, triglicéridos, ácido úrico, ou cálculos?
25	❑	Fica facilmente sem fôlego ao subir escadas ou está a ser vigiado por problemas de tensão arterial alta ou cardiovasculares?

A SUA DIGESTÃO

26	❑	Tem problemas com o trânsito intestinal (acelerado ou lento)?
27	❑	Tem dores de cabeça depois de uma grande refeição?
28	❑	Tem regularmente uma língua branca, pastosa ou mau hálito?
29	❑	Tem uma digestão lenta e difícil ou inchaço?

OS SEUS PRINCIPAIS PROBLEMAS

30	❑	Tem dores musculares frequentes ou diminuição da densidade óssea?
31	❑	As suas gengivas estão sensíveis, irritadas, inchadas ou a sangrar facilmente?
32	❑	É friorento ou cada vez mais friorento?
33	❑	Tem um desejo frequente (várias vezes ao dia) de comer produtos doces como bolachas, rebuçados, bolos, pão branco, etc.?
34	❑	Se saltar uma refeição ou se esta se atrasar, sente-se irritável ou cansado/a?
35	❑	Antes das refeições, sente uma diminuição da atenção, da concentração ou nervosismo?
36	❑	Sente-se regularmente tonto, vertiginoso ou com dores de cabeça?
37	❑	Sente-se stressado/a pela sua vida diária ou sobrecarregado/a por preocupações pessoais ou profissionais?
38	❑	Está atualmente particularmente nervoso/a, ansioso/a ou psicologicamente cansado/a?
39	❑	Está a sentir uma queda no moral, perda de interesse ou prazer naquilo que costumava gostar de fazer?
40	❑	Sente falta de sono reparador (dificuldade em adormecer, sono agitado, acordar à noite...)?
41	❑	Tem dores regulares nas costas?
42	❑	Tem manchas cutâneas, rugas acentuadas para a sua idade e/ou uma diminuição da elasticidade cutânea que considera prematuras para a sua idade?

Responda até à pergunta 53 - Vire a página por favor.