**QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO HORMONAL**

***Nota:*** *Este questionário não visa fazer diagnóstico e sim apenas uma avaliação subjetiva de seu estado de saúde para que comisso busque uma avaliação,  mais detalhada, junto ao seu médico.*

**Este questionário visa avaliar, de forma subjetiva ,possíveis desequilíbrios hormonais .Estes devem ser complementados em consulta médica, por meio da anamnese e exames complementares . Muitas vezes as alterações hormonais podem ocorrer por deficiências nutricionais, intoxicações e outros fatores que devem ser investigados em consulta. Não se automedique, procure avaliação do seu médico e discuta com ele os resultados encontrados.**

Após os 25 - 30 anos de idade, começamos a ter um declínio da produção de nossos hormônios ( GH, testosterona, estrogênios / progesterona, melatonina, dentre outros)  e com isso começam a surgir  algumas doenças relacionadas.

Através do olhar da Medicina Anti-aging , é  possível detectar e corregir  estas alterações , respeitando a fisiologia e bioquímica individual , de forma que possamos ter uma Longevidade Sudável.

**DHEA**

**SINAIS E SINTOMAS ( HOMENS E MULHERES) NUNCA SEMPRE**

|  |
| --- |
| 1. Meu cabelo está seco 0 1 2 3 4 |
| 2. Minha pele e olhos estão secos 0 1 2 3 4 |
| 3. Meus músculos estão flácidos 0 1 2 3 4 |
| 4. Meu abdome está flácido 0 1 2 3 4 |
| 5. Eu não tenho muito pelo em minha axilas 0 1 2 3 4 |
| 6. Eu não tenho pelo na região púbica 0 1 2 3 4(0= bastante pelo / 4 = sem pelo ) |
| 7. Não tenho muita gordura na região púbica 0 1 2 3 4( Monte de Vênus na mulher) (0= gordinho/4= chapado) |
| 8. Meu corpo não produz nenhum cheiro especial durante 0 1 2 3 4a excitação sexual |
| 9. Não posso tolerar barulhos 0 1 2 3 4 |
| 10. Minha libido está baixa 0 1 2 3 4 |

**Pontuação Total:\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Até 10: Nível Satisfatório de DHEA**
* **Entre 11-20: Possível Deficiência de DHEA**
* **21 ou mais: Provável Deficiência de DHEA**

**HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (GH)**

**SINAIS E SINTOMAS ( HOMENS E MULHERES) NUNCA SEMPRE**

|  |
| --- |
| 1. Meu cabelo está ficando fino e fraco 0 1 2 3 4 |
| 2. Minha bochechas estão flácidas 0 1 2 3 4 |
| 3. Estou tento retração de gengiva 0 1 2 3 4 |
| 4. Meu abdome está flácido/ Apresento “pneus no abdome “ 0 1 2 3 4 |
| 5. Meus músculos estão fracos 0 1 2 3 4 |
| 6. Minha pele está fina e/ou seca 0 1 2 3 4 |
| 7. É difícil de me recuperar após uma atividade física 0 1 2 3 4 |
| 8. Me sinto exausto 0 1 2 3 4 |
| 9. Eu não gosto do mundo e tendo a me isolar 0 1 2 3 4 |
| 10. Me sinto constantemente ansioso e preocupado 0 1 2 3 4 |

**Pontuação total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Se 10 ou menos: Nível Satisfatório**
* **Entre 11-20 : Possível Deficiência de GH**
* **21 ou mais : Provável Deficiência de GH**

**TIREÓIDES**

**SINAIS E SINTOMAS ( HOMENS E MULHERES) NUNCA SEMPRE**

|  |
| --- |
| 1. Sou sensível ao frio 0 1 2 3 4 |
| 2. Meus pés e mãos estão sempre frios 0 1 2 3 4 |
| 3. Ganho peso facilmente 0 1 2 3 4 |
| 4. De manhã minha face e pálpebras ficam inchadas 0 1 2 3 4 |
| 5. Eu tenho pele seca 0 1 2 3 4 |
| 6. Tenho dificuldade em levantar de manhã 0 1 2 3 4 |
| 7. Me sinto mais cansado quando em repouso do que quando 0 1 2 3 4fazendo alguma atividade |
| 8. Sou constipado ( evacuo menos de uma vez por dia) 0 1 2 3 4 |
| 9. Minhas articulações amanhecem com rigidez 0 1 2 3 4 |
| 10. Me sinto como se estivesse vivendo em câmera lenta 0 1 2 3 4 |

**Pontuação Final : \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **10 ou menos : Satisfatório**
* **Entre 11-20 : Possível Deficiência da Tireóide**
* **21 ou mais: Provável Deficiência da Tireóide**

**TESTOSTERONA**

**SINAIS E SINTOMAS ( HOMENS E MULHERES) NUNCA SEMPRE**

|  |
| --- |
| 1. Meu rosto ficou mais flácido e enrugado 0 1 2 3 4 |
| 2. Venho perdendo o tônus muscular 0 1 2 3 4 |
| 3. Minha barriga tende a engordar 0 1 2 3 4 |
| 4. Estou constantemente cansado (a) 0 1 2 3 4 |
| 5. Tenho tido menos relações sexuais do que o habitual 0 1 2 3 4 |
| SINAIS E SINTOMAS ( APENAS HOMENS) |
| 6. Minhas mamas estão ficando gordurosos 0 1 2 3 4 |
| 7 .Eu me sinto menos autoconfiante e mais indeciso 0 1 2 3 4 |
| 8.Minha performance sexual há piorado 0 1 2 3 4 |
| 9. Tenho transpirado muito e vermelhidões pelo corpo 0 1 2 3 4 |
| 10. Me canso facilmente quando pratico atividade física 0 1 2 3 4 |

**Pontuação Total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Mulheres:**
	+ **5 ou menos: Nível satisfatório**
	+ **Entre 6-10 : Possível Deficiência de Testosterona**
	+ **11 ou mais: Provável Deficiência de Testosterona**
* **Homens:**
	+ **10 ou mais: Nível Satisfatório**
	+ **11 e 20 :Possível Deficiência de Testosterona**
	+ **21 ou mais: Provável Deficiência de Testosterona**

**ESTROGÊNIO**

**SINAIS E SINTOMAS ( MULHERES) NUNCA SEMPRE**

|  |
| --- |
| 1. Estou perdendo cabelo no topo da minha cabeça 0 1 2 3 4 |
| 2. Estou perdendo peso e tenho rugas verticais na 0 1 2 3 4parte superior dos meus lábios |
| 3. Meus seios estão caindo 0 1 2 3 4 |
| 4. Tenho muito pelo no rosto 0 1 2 3 4 |
| 5. Tenho fogachos (picos de calor) 0 1 2 3 4 |
| 6. Me sinto cansada constantemente 0 1 2 3 4 |
| 7. Me sinto deprimida 0 1 2 3 4 |
| 8. Meu fluxo menstrual é pouco 0 1 2 3 4( 0= moderado / 1-3 = pouco/ 4= nada) |
| 9. Mulheres que menstruam: Meu ciclo é irregular, 0 1 2 3 4muito curto (<27 dias), ou muito longo ( >31 dias) |
| 10. Mulheres que não menstruam: Eu não tenho mais vontade 0 1 2 3 4de ter relações sexuais |

**Pontuação total: \_\_\_\_\_\_\_\_**

* **10 ou menos: Satisfatório**
* **Entre 11-20 : possível Deficiência de Estrogênio**
* **21 ou mais: Provável deficiência de Estrogênio**

**PROGESTERONA**

**SINAIS E SINTOMAS ( MULHERES) NUNCA SEMPRE**

|  |
| --- |
| 1. Meus seios são grandes 0 1 2 3 4 |
| 2. Meus amigos próximos referem que estou agitada e nervosa 0 1 2 3 4 |
| 3. Me sinto ansiosa 0 1 2 3 4 |
| 4. Tenho sono leve e não descanso 0 1 2 3 4 |
| As seguintes perguntas são para mulheres que ainda nãoestão na menopausa, e para mulheres na menopausa queestão fazendo terapia de reposição hormonal( estrogênioou estrogênio e progesterona) |
| 5. Meus seios incham , ficam túrgidos ou dolorosos 0 1 2 3 4antes da minha menstruação... |
| 6. E meu baixo ventre ( região pélvica) fica inchado... 0 1 2 3 4 |
| 7. E eu fico irritada e agressiva.... 0 1 2 3 4 |
| 8. E eu perco o controle... 0 1 2 3 4 |
| 9. Eu tenho fluxo menstrual intenso... 0 1 2 3 4 |
| 10.E eles são continuamente dolorosos 0 1 2 3 4 |

**Pontuação Total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Mulheres na Pós-menopausa sem Modulação Hormonal ( estrogênio ou estrogênio + progesterona ):**
	+ **4 ou menos: Satisfatório**
	+ **Entre 5 -8 : Possível Deficiência de Progesterona**
	+ **9 ou mais: Provável Deficiência de Progesterona**
* **Mulheres que ainda menstruam ou que estão na Menopausa e fazem Modulação hormonal ( estrogênio ou estrogênio + progesterona) :**
	+ **10 ou menos : Satisfatório**
	+ **Entre 11 e 20 : Possível Deficiência de Progesterona**
	+ **21 ou mais : Provável Deficiência de Progesterona**