**QUESTIONÁRIO MÉDICO DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS**

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

**Este questionário tem como objetivo, avaliar o grau de intoxicação de seu organismo, o que nos ajudará a estabelecer a melhor forma para iniciar seu tratamento, independente da causa em questão.**

O acúmulo de toxinas ocorre por:  má alimentação ,consumo de comidas processadas/industrializadas ( com conservantes , edulcorantes, realçadores de sabores, colorantes,…) ,uso de agrotóxicos no cultivo dos alimentos , exposições ambientais ( fumaça, derivados petroquímicos, metais pesados,...), uso de produtos cosméticos , álcool, tabagismo, metabolismo alterado,estresse, dentre outras. Estas são as principais causas relacionadas ao processo de adoecimento, bem como ao envelhecimento precoce.

**Qualifique cada um dos seguintes sintomas baseados em seu estado de saúde típico nos últimos 30 dias:**

**\*\*Escala de pontuação:**

**0- Nunca ou quase nunca tenho o sintoma**

**1- Tenho ocasionalmente, os efeitos não são severos**

**2- Tenho ocasionalmente, os efeitos são severos**

**3- Tenho frequentemente, os efeitos não são severos**

**4- Tenho frequentemente, os efeitos são severos**

**CABEZA \_\_\_\_\_ Dores de cabeça**

 **\_\_\_\_\_ Sensação de desmaio**

 **\_\_\_\_\_ Tontura**

 **\_\_\_\_\_ Insônia**

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

**OLHOS \_\_\_\_\_ Lacrimejamento**

 **\_\_\_\_\_ Pálpebras inchadas, vermelhas ou pegajosas**

 **\_\_\_\_\_ Bolsas ou olheiras debaixo dos olhos**

 **\_\_\_\_\_ Visão borrada**

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

**NARIZ \_\_\_\_\_ Congestão nasal**

 **\_\_\_\_\_ Sinusite**

 **\_\_\_\_\_ Espirros**

 **\_\_\_\_\_ Formação de muco excessivo**

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

**BOCA E \_\_\_\_\_ Tosse frequente**

**GARGANTA \_\_\_\_\_ Catarro**

 **\_\_\_\_\_ Dor de garganta, roncos ou perda da voz**

 **\_\_\_\_\_ Língua, lábios e gengivas inchadas ou descoloridas**

 **\_\_\_\_\_ Aftas**

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

**PELE \_\_\_\_\_ Acne**

 **\_\_\_\_\_ Urticária , erupções, pele seca**

 **\_\_\_\_\_ Queda de cabelo**

 **\_\_\_\_\_Vermelhidão pele**

 **\_\_\_\_\_ Sudoração excessiva**

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

**CORAÇÃO \_\_\_\_\_ Batimentos irregulares**

 **\_\_\_\_\_ Palpitações**

 **\_\_\_\_\_\_ Dor no peito**

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

**PULMÕES \_\_\_\_\_ Congestão no peito**

 **\_\_\_\_\_ Asma ou bronquite**

 **\_\_\_\_\_ Dificuldade para respirar**

 **\_\_\_\_\_ Sensação de sufoco , falta de ar**

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

**TRATO \_\_\_\_\_ Náuseas ou vômitos**

**DIGESTIVO \_\_\_\_\_ Diarreia**

 **\_\_\_\_\_ Constipação**

 **\_\_\_\_\_ Sensação de distensão abdominal**

**\_\_\_\_\_ Eructos (arrotos)**

**\_\_\_\_\_ Dor abdominal**

**\_\_\_\_\_ Azia**

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

**ARTICULAÇÕES/ MÚSCULOS**

 **\_\_\_\_\_ Dor em articulações**

 **\_\_\_\_\_ Artrite ( articulações vermelhas, quentes e inchadas)**

 **\_\_\_\_\_ Rigidez ou limitação para o movimento**

 **\_\_\_\_\_ Dor ou moléstias musculares**

 **\_\_\_\_\_ Sensação de fraqueza ou cansaço**

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

**PESO \_\_\_\_\_ Apreensão ao comer ou beber**

 **\_\_\_\_\_ Ansiedade por certas comidas**

 **\_\_\_\_\_ Peso em excesso**

 **\_\_\_\_\_ Comer compulsivo**

 **\_\_\_\_\_ Retenção de líquidos**

 **\_\_\_\_\_ Baixo peso**

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

**ENERGIA E \_\_\_\_\_ Fadiga ou lentidão**

**ATIVIDADES \_\_\_\_\_ Apatia/Letargia**

 **\_\_\_\_\_ Hiperatividade**

 **\_\_\_\_\_ Inquietude**

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

**MENTE \_\_\_\_\_ Déficit de memória**

 **\_\_\_\_\_ Confusão/Dificuldade de compreensão**

 **\_\_\_\_\_ Má concentração**

 **\_\_\_\_\_ Má coordenação motora**

 **\_\_\_\_\_ Dificuldade para tomar decisões**

 **\_\_\_\_\_ Gagueira, balbuceio**

 **\_\_\_\_\_ Dificuldade para falar**

 **\_\_\_\_\_ Dificuldade de aprendizado**

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

**EMOÇÕES \_\_\_\_\_ Alterações de ânimo**

 **\_\_\_\_\_ Ansiedade, medo, nervosismo**

 **\_\_\_\_\_ Raiva, irritabilidade, agressividade**

 **\_\_\_\_\_ Depressão**

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

**OUTROS \_\_\_\_\_ Enfermidades frequentes**

 **\_\_\_\_\_ Urina frequente ou urgência miccional**

 **\_\_\_\_\_ Secreções órgãos genitais**

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

**TOTAL GERAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INTERPRETAÇÃ0 QUESTIONÁRIO MÉDICO DE SINTOMAS (QMS):**

**QMS ≥ 30 : Intervenção mínima; Plano de manutenção de saúde**

**QMS ≥ 50: Aumento da necessidade de desintoxicação**

**QMS ≥ 70: Sintomatologia severa; Preparar para iniciar o plano de desintoxicação.**

**QMS ≥ 100: Preocupante; Suspeite de fragilidade e susceptibilidade genética.**