



SERVIÇOS E PRODUTOS

+1 (786) 969-4600

thobershealth@gmail.com

Florida - USA

O Papel dos Fitoterapeutas Clínicos

- Eu _____ (nome completo do cliente) entendo que os Fitoterapeutas da Thober's Health não são médicos nem nutricionistas, portanto, está fora do seu escopo diagnosticar ou curar doenças ou prescrever medicamentos farmacêuticos.
- Eu entendo que o papel fundamental dos Fitoterapeutas da Thober's Health é educar, incentivar e apoiar os clientes em seus objetivos para melhorar a saúde e bem-estar.
- Eu entendo que cada pessoa é única e os Fitoterapeutas da Thober's Health consideram as necessidades individuais do cliente para sugerir um protocolo adequado, que pode incluir sugestões para promover o equilíbrio físico, emocional e espiritual.
- Eu entendo que as consultas e re-consultas com os Fitoterapeutas da Thober's Health são realizadas online por vídeo chamadas via FaceTime, WhatsApp, Google Meet ou Zoom. A duração padrão de cada consulta ou re-consulta é de aproximadamente uma hora cada. Para um acompanhamento mais efetivo, além das consultas e re-consultas, solicitamos aos clientes que nos enviem por e-mail, uma vez por semana, um relatório referente aos resultados do protocolo sugerido.

Os Direitos e Responsabilidades do Cliente

- Eu entendo que os dados do cliente são confidenciais, a menos que uma solicitação por escrito seja feita em contrário pelo cliente.
- Eu entendo que perseverar num estilo de vida e dieta saudáveis são cruciais para manter o organismo em estado equilibrado.
- Eu entendo que se o cliente está tomando medicamentos farmacêuticos prescritos, o cliente é o único responsável por discutir com seu médico qualquer mudança ou interrupção desses medicamentos. Ajustes aos medicamentos prescritos podem ser necessários à medida que o organismo volta ao equilíbrio.
- Eu entendo que os fitoterápicos podem ter resultados diferentes, de uma pessoa para a outra.
- Eu entendo que as plantas são uma ampla fonte de nutrientes, mas se o cliente experimentar algum efeito adverso enquanto estiver usando o protocolo da Thober's Health, deve interromper imediatamente o uso dos fitoterápicos sugeridos e entrar em contato com a Thober's Health o mais rápido possível.
- Eu entendo que é responsabilidade exclusiva do cliente lembrar de enviar os relatórios semanais de acompanhamento por e-mail para a Thober's Health.

Pagamentos e Agendamentos

- *Eu entendo que os preços dos serviços da Thober's Health são baseados no nível de complexidade, tempo necessário para o suporte, número de consultas e número de relatórios de acompanhamento por e-mail.*
- *Eu entendo que os serviços e produtos da Thober's Health não são pagos por planos de saúde.*
- *Eu entendo que um depósito inicial é necessário quando o cliente decide contratar os serviços da Thober's Health, e o saldo deve ser pago antes da primeira consulta.*
- *Eu entendo que as opções de pagamento são por Zelle ou Cartão de Crédito.*
- *Eu entendo que o preço dos pacotes de consultas não incluem produtos. Os produtos fitoterápicos da Thober's Health são vendidos separadamente.*
- *Eu entendo que para cancelar e remarcar uma consulta será necessário um aviso por escrito com 24 horas de antecedência ao horário da consulta, se não, será cobrada uma taxa de \$50.00, exceto em casos de emergência.*

Segurança e Reconhecimento

- *Eu entendo que a segurança é primordial nos serviços da Thober's Health. É responsabilidade exclusiva do cliente descrever qualquer medicamento, fitoterápico ou suplemento que esteja consumindo atualmente.*
- *Eu entendo que alguns fitoterápicos não devem ser consumidos por longo prazo, portanto, é recomendado o acompanhamento profissional.*
- *Eu entendo que a mulher que engravidar enquanto estiver usando o protocolo da Thober's Health deverá interromper imediatamente o uso de fitoterápicos e entrar em contato com a Thober's Health o mais rápido possível.*
- *Eu entendo que a mulher grávida ou que está amamentando não deve usar fitoterápicos sem receber orientação profissional.*
- *Eu entendo que se o cliente for submetido a uma cirurgia enquanto estiver usando o protocolo da Thober's Health, deve interromper no mínimo catorze (14) dias antes da cirurgia o uso de fitoterápicos e entrar em contato com a Thober's Health o mais rápido possível.*
- *Eu entendo que os fitoterápicos devem ser mantidos fora do alcance das crianças.*
- *Eu entendo e reconheço que a Thober's Health não promete nem garante curar doenças.*

Por favor, indique que você leu e compreendeu as informações acima fornecendo sua assinatura e data na sequência.

Assinatura do cliente _____

Data _____



FORMULÁRIO DE ANAMNESE

+1 (786) 969-4600

thobershealth@gmail.com

Florida - USA

Escala: De 0 a 10 (0 = 0% Pouco/Ruim ; 10 = 100% Muito/Bom)

Nome completo _____

Data de nascimento (dia/mês/ano) _____ Idade _____

Endereço _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

País _____ Você vive em uma área urbana ou rural? _____

E-mail _____

Telefone/Whatsapp _____

Gênero _____ Tipo sanguíneo _____

Altura _____ Peso _____ Circunferência abdominal _____

Você teve mudança de peso recentemente? ___Mais ___Menos Quanto? _____

Em uma escala de 0 a 10, quão satisfeito(a) você está com seu peso atual? _____

Educação _____ Profissão _____

Estado civil _____ Você tem filhos(as)? ___Sim ___Não

Quais são as idades dos filhos(as)? _____

Descreva **EM ORDEM CRONOLÓGICA** seus principais problemas de saúde

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

Você tem diagnóstico médico? ___Sim ___Não

Você tem cópias dos seus exames? ___Sim ___Não

Pode enviar os exames mais recentes por e-mail em formato PDF? ___Sim ___Não

Descreva as ações que você já adotou para solucionar seus problemas atuais de saúde _____

Se você está tomando medicamentos farmacêuticos prescritos ou de venda livre, liste **EM ORDEM CRONOLÓGICA** (do primeiro ao último) os nomes dos medicamentos, dosagem, o motivo para tomá-los e há quanto tempo está tomando

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____

Atualmente você está usando plantas ou suplementos? Descreva

- | | |
|---------|---------|
| 1 _____ | 2 _____ |
| 3 _____ | 4 _____ |
| 5 _____ | 6 _____ |
| 7 _____ | 8 _____ |

MARQUE ABAIXO APENAS AS OPÇÕES QUE SE APLICAM A SUA SAÚDE ATUAL

SISTEMA RESPIRATÓRIO

___ Tosse frequente ___ Tosse com sangue ___ Bronquite ___ Asma ___ Pleurisia
___ Pneumonia ___ Dor ao respirar ___ Dificuldade para respirar ___ Rinite alérgica
___ Líquido nos pulmões ___ Produção excessiva de muco ___ Chiado frequente
___ Espirros frequentes ___ Tuberculose ___ Nariz escorrendo ___ Outro _____

SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO

___ Hiperplasia prostática benigna ___ Reposição hormonal ___ Dor testicular
___ Disfunção eretil ___ Baixo libido ___ Baixa contagem de espermatozoides ___ Infertilidade
___ Doença sexualmente transmissível ___ Nível elevado de PSA ___ Vasectomia
___ Outro _____

SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

☐ Grávida ☐ Amamentando ☐ Ciclos irregulares ☐ Sangramento intenso
☐ Cólicas menstruais dolorosas ☐ TPM ☐ Dor nos seios ☐ Seios fibrocísticos
☐ Infertilidade ☐ Uso de contraceptivo ☐ Menopausa ☐ Baixo libido
☐ Ondas de calor ☐ Reposição hormonal ☐ Endometriose ☐ Miomas
☐ Cistos ☐ Aborto involuntario ☐ Aborto voluntario ☐ Displasia cervical
☐ Doença sexualmente transmissível ☐ Oscilações de humor dramáticas
☐ Laqueadura ☐ Histerectomia ☐ Outro _____

CABEÇA, OLHOS, OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA

☐ Catarata ☐ Glaucoma ☐ Visão turva ☐ Visão falhando ☐ Laringite
☐ Faringite ☐ Audição deficiente ☐ Zumbido nos ouvidos ☐ Dor de ouvido
☐ Infecção de ouvido ☐ Dor de garganta ☐ Muco na garganta ☐ Aftas
☐ Gengiva sangrando ☐ Gengiva retraída ☐ Range os dentes ☐ Dor de Dente
☐ Resfriados frequentes ☐ Sinusite ☐ Congestão nasal ☐ Dor facial
☐ Mandíbula estalando ☐ Sangramento nasal frequente ☐ Tontura
☐ Glândulas inchadas ☐ Outro _____

SISTEMA NERVOSO

☐ Insônia ☐ Qualidade do sono ruim ☐ Lapsos de memória ☐ Memória fraca
☐ Demencia ☐ Parkinson ☐ Alzheimer ☐ Dormência ☐ Convulsões
☐ Perda de equilíbrio ☐ Falta de coordenação ☐ Irritabilidade ☐ Ansiedade
☐ Ataques de pânico ☐ Depressão ☐ Dores de cabeça frequentes
☐ Enxaqueca ☐ Altos níveis de estresse ☐ Sentimento de sobrecarga
☐ Dificuldade de concentração ☐ Neuropatia ☐ Neuralgia ☐ TDAH
☐ Autismo (TEA) ☐ Outro _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Hipotensão (pressão baixa) ☐ Hipertensão (pressão alta) ☐ Dor no peito
☐ Desmaio ☐ Arritmia ☐ Insuficiência cardíaca congestiva ☐ Infarto
☐ Mãos ou pés frios ☐ Trombose ☐ Má circulação ☐ Colesterol alto ☐ AVC
☐ Varizes ☐ Arteriosclerose ☐ Aterosclerose ☐ Doença arterial periférica
☐ Inchaço nos tornozelos ☐ Inchaço nas articulações ☐ Síndrome de Raynaud
☐ Anemia ☐ Outro _____

SISTEMA ENDOCRINO / METABOLISMO

___Hipoglicemia (glicemia baixa) ___Hiperglicemia (glicemia alta) ___Diabetes tipo 1
___Diabetes tipo 2 ___Hipotireoidismo ___Hipertireoidismo ___Síndrome Metabólica
___Dificuldade para ganhar peso ___Sobrepeso ___Fadiga das glândulas adrenais
___Distúrbio da glândula pituitária ___Distúrbio da glândula pineal ___Suor noturno
___Intolerância a calor ou frio ___Metabolismo lento ___Sede excessiva
___Hashimoto ___Queda súbita de energia ___Outro _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL / DIGESTIVO

___Náusea ___Vômito ___Diarréia ___Constipação ___Mal halito ___Indigestão
___Dor abdominal ___Flatulência ___Azia ___Refluxo ___Sangue nas fezes
___Dor retal ___Dor para evacuar ___Hemorroidas ___Inchaço abdominal
___Anorexia ___Falta de apetite ___Fome intensa ___Desejo intenso por açúcar
___Intolerância alimentar ___Dificuldade para engolir ___Pólipos ___Hepatite
___Doença de Crohn ___Cirrose ___Gordura no fígado ___Fibrose hepática
___Colite ___Diverticulite ___Pancreatite ___Gastrite ___Úlcera ___Outro _____

ESCALA DE BRISTOL			
	Tipo 1	Caroços duros separados	Constipação severa
	Tipo 2	Forma de salsicha com grumos	Constipação moderada
	Tipo 3	Forma de salsicha com rachaduras na superfície	Normal
	Tipo 4	Forma de salsicha ou cobra, regular e macio	Normal
	Tipo 5	Caroços macios com cantos demarcados	Falta de fibra
	Tipo 6	Caroços macios com cantos rasgados	Diarréia moderada
	Tipo 7	Totalmente líquida	Diarréia severa

De acordo com a tabela acima, qual é o tipo das suas fezes? Tipo # _____

Com que frequência você evacua? _____

PELE / UNHAS / CABELO

☐ Erupções cutâneas ☐ Pele seca ☐ Feridas com cicatrização lenta
☐ Urticária ☐ Coceira ☐ Acne ☐ Dermatite ☐ Eczema ☐ Psoríase
☐ Câncer de pele ☐ Aplicação de botox ☐ Perda excessiva de cabelo
☐ Cabelo seco ☐ Cabelo oleoso ☐ Pinta o cabelo ☐ Micose nas unhas
☐ Unhas frágeis ☐ Caspa ☐ Outro _____

SISTEMA URINÁRIO

☐ Dor ao urinar ☐ Urinar com frequência ☐ Urgência urinária ☐ Incontinência
☐ Fluxo urinário fraco ☐ Dificuldade para urinar ☐ Urinar várias vezes à noite
☐ Esvaziamento incompleto da bexiga ☐ Sangue na urina ☐ Infecção urinária
☐ Infecção na bexiga ☐ Retenção de água ☐ Olheiras ☐ Falência renal
☐ Dor na parte inferior das costas ☐ Outro _____

SISTEMA IMUNE / LINFÁTICO

☐ Artrite reumatoide ☐ Doenças autoimunes ☐ Fibromialgia ☐ Gota
☐ Lúpus ☐ Fadiga crônica ☐ Alergias crônicas ☐ Infecções frequentes
☐ Calafrios ☐ Adoece com frequência ☐ Glândulas linfáticas inflamadas
☐ Herpes ☐ Congestão linfática ☐ Linfedema ☐ Leucemia ☐ Linfoma
☐ HIV ☐ Esclerose múltipla ☐ Febres frequentes ☐ Outro _____

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

☐ Dor no pescoço ☐ Dor muscular ☐ Rigidez muscular ☐ Dor nas costas
☐ Tendinite ☐ Dor nas articulações ☐ Fraqueza muscular ☐ Câimbras
☐ Ligamento rompido ☐ Bursite ☐ Osso quebrado ☐ Rigidez nas articulações
☐ Restrição de mobilidade ☐ Osteopenia ☐ Osteoporose ☐ Osteoartrite
☐ Artrose ☐ Entorses ☐ Outro _____

Descreva preocupações adicionais com a sua saúde _____

Você tem feito exame de rotina anual? ☐ Sim ☐ Não

Qual é a sua pressão arterial? _____

Você tem alguma alergia séria ou relevante a alimentos, medicamentos, plantas ou suplementos? Descreva _____

Você teve algum acidente grave? Descreva _____

Você já passou por alguma cirurgia? Descreva _____

Você fez algum transplante ou remoção de órgão? Descreva _____

Você fez algum tipo de implante de prótese? Descreva _____

Você tem ou já teve cálculos renais? Descreva _____

Você tem ou já teve cálculos na vesícula? Descreva _____

Você tem ou já teve cistos, miomas, nódulos ou caroços? Descreva _____

Você tem ou já teve algum tumor benigno ou maligno? Descreva _____

Você tem manchas, rachaduras, coloração incomum ou formato atípico na língua? Descreva _____

Você teve algum dente extraído? Fez algum enxerto ósseo? Usa algum implante dentário? Descreva _____

Você foi hospitalizado(a) nos últimos 12 meses? Descreva _____

Você tomou algum antibiótico nos últimos 12 meses? Descreva _____

Você viajou para outro país nos últimos 12 meses? Descreva _____

Você faz regularmente exercícios físicos ou pratica esportes? ____ Sim ____ Não
Descreva _____

Na sua rotina diária, você passa muito tempo em pé, sentado ou andando? Descreva

Na sua rotina diária, você carrega muito peso ou realiza tarefas repetitivas? Descreva

Você teve COVID-19? Descreva

Você tomou a vacina contra COVID-19? Qual? Quantas doses?

*Há histórico de doenças graves na sua família (pais, irmãos, avós, tios, tias, etc)?
Descreva*

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia sua saúde física atual?

Descreva seu histórico de saúde emocional

Qual é o seu temperamento dominante?

___Sanguíneo ___Fleumático ___Colérico ___Melancólico

Sua rotina diária é calma ou estressante? Descreva

*Você passou por situações extremamente estressantes ou traumáticas na sua vida?
Descreva*

Você tem tempo de lazer? ___Sim ___Não

Descreva

*Você tem animais de estimação dentro de casa (cachorro, gato, pássaro, etc)?
Descreva*

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia seu relacionamento familiar?

*Em uma escala de 0 a 10, como você avalia seu nível de relacionamentos sociais e
amizades com outras pessoas?*

Em uma escala de 0 a 10, quão satisfeito(a) você está com seu trabalho atual?

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia sua saúde financeira?

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia sua saúde emocional atual?

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia sua saúde espiritual atual?

Descreva seu histórico de saúde espiritual _____

Você está usando atualmente ou já usou drogas ilícitas? Descreva _____

Você está usando atualmente ou já usou tabaco (cigarros, charutos, etc)? Descreva ____

Você é atualmente ou já foi dependente de bebidas alcoólicas? Descreva _____

MARQUE AS OPÇÕES ABAIXO QUE SE APLICAM À SUA DIETA ATUAL

___ Alimentos com glúten (pão, massas...) ___ Alimentos com carboidratos refinados

___ Carne vermelha ___ Aves ___ Frutos do mar ___ Alimentos com açúcar

___ Doces ___ Adoçantes ___ Carnes processadas (salsicha, presunto, salame...)

___ Chá ___ Café ___ Chocolate ___ Leite animal ___ Laticíneos (queijo, sorvete...)

___ Refrigerantes ___ Sucos processados ___ Feijão ___ Lentilha ___ Grão-de-bico

___ Arroz ___ quinoa ___ Ovos ___ Nozes ___ Castanhas ___ Sementes

___ Frituras ___ Temperos artificiais ___ Vegetais ___ Frutas ___ Alimentos caseiros

___ Alimentos prontos ___ Fast foods ___ Alimentos feitos em micro-ondas

___ Óleos de canola, soja, milho, girassol ___ Óleos de coco, abacate

___ Azeite de oliva ___ Alimentos de restaurantes ___ Chips ___ Outro

Descreva sua rotina do café da manhã, incluindo o horário e os alimentos que você normalmente consome _____

Descreva sua rotina do almoço, incluindo o horário e os alimentos que você normalmente consome _____

Descreva sua rotina do jantar, incluindo o horário e os alimentos que você normalmente consome _____

Você consome alimentos em horários diferentes do café da manhã, almoço e jantar?

Descreva _____

Qual é a sua ingestão diária de água? Quantos litros? _____

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia a qualidade da sua alimentação? _____

Quantas horas você dorme a cada 24 horas? A que horas você geralmente dorme e acorda? Descreva _____

Você toma algum medicamento para dormir? ____ Sim ____ Não

Você ronca enquanto dorme? ____ Sim ____ Não

Você tem apneia do sono? ____ Sim ____ Não

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia a qualidade do seu sono? _____

Em uma escala de 0 a 10, como você avalia seu estado geral de felicidade? _____

Em uma escala de 0 a 10, qual é o seu nível de comprometimento para desenvolver um estilo de vida equilibrado e saudável? _____

Descreva os principais objetivos que você deseja alcançar com o suporte da Thober's Health

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Como você soube dos serviços e produtos da Thober's Health? _____

Assinatura do cliente _____

Data _____

“Respondeu Jesus: Eu sou o caminho, a verdade e a vida. Ninguém vem ao Pai, a não ser por mim.” João 14:6