



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, quanto 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 esperma 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 involuntário Aborto voluntário 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
 Demência 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
 Mão 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 Hipotiroidismo Hipertiroidismo Síndrome Metabólica
 Dificuldade para ganhar peso Sobre peso 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

Diarreia moderada



Tipo 7 Totalmente líquida

Diarreia severa

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

Com que frequência você evaca? _____

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 frequencia 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 Rrigidez muscular Dor nas costas
 Tendinite Dor nas articulações Fraqueza muscular Câimbras
 Ligamento rompido Bursite Osso quebrado Rrigidez 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, quanto 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