



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

Naturalidade: _____ Procedência: _____ Sexo 1- M () 2- F ()

Telefone: _____ Ocupação: _____

Função: _____ Carga horária de trabalho / dia _____ h

Tem atividade extra? 1- Sim () 2- Não ()

Qual? _____ Com que frequência semanal? _____

Atividade: 1- Leve () 2- Moderada () 3- Intensa () 4- Muito Intensa ()

2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Qual a sua escolaridade? 1- 1º grau () 2- 2º grau () 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()

Situação escolar: 1- incompleto () 2- completo ()

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

1- Branca () 2- Negra () 3- Mulata-clara () 4- Mulata-média () 5- Mulata-escura ()

6- Amarelo () 7- Indígena ()

Renda familiar: 1- 1 a 2 SM () 2- 3 a 4 SM () 3- 5 a 6 SM () 4- 7 a 10 SM () 5- > 10 SM ()

3. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim () 2- Não ()

Qual o tipo? _____

Com que frequência semanal pratica? _____ Regular: 1- Sim () 2- Não ()

Duração/min.: _____ Há quanto tempo? _____

Etilismo

Você ingere bebida alcoólica? 1- Sim () 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Rara mente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)							
Cerveja (garrafa grande)							
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/VodKa (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____

1. Sentiu alguma vez que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? ()

2. As pessoas criticam o seu modo de beber? ()

3. Sente-se aborrecido consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ()

4. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ()

Tabagismo

Fumante: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo, há quanto tempo: _____ Nº cigarros/dia: _____

Tipo de tabaco: 1- Cigarro () 2- Charuto () 3- Cigarrilha () 4- Cachimbo () 4- Outros _____

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? _____



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas ()

3- Entre 6 e 8 horas () 4- Acima de 8 horas ()

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

ENTRE SEUS PARENTES DE 1º GRAU (PAI, MÃE E IRMÃOS) QUEM TEVE OU TEM:

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCE TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()	DTIREO _____

Em caso afirmativo, faz algum tipo de tratamento? 1- Não ()

2- Sim () a. Regular () b. Irregular ()

Que Tipo? 3- Medicamento () 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim () 2- Não () Está na menopausa? 1- Sim () 2- Não ()

Faz Reposição Hormonal? 1- Sim () 2- Não ()

Retirou os ovários por cirurgia? 1- Sim () 2- Não ()

Com que idade teve a primeira menstruação? _____ anos

Já esteve grávida? 1- Sim () 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? _____ vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? _____ partos

Com que idade você engravidou? 1º gest _____ 2º gest _____ 3º gest _____ 4º gest _____ 5º gest _____

6º gest _____

Qual o período entre um parto e outro? ____/____/____/____/____



5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	
Olhos		Pele	
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação ()

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

Ritmo Urinário: Normal () ↑ () ↓ () Frequência: _____

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)

PESO IDEAL OU DESEJADO:



8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso () 4- Muito acima do peso () 5- Não se percebe ()

Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?

1- Satisfeito () 2- Insatisfeito () 3- Indiferente ()

Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?

1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular () 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()

Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido () 2- Assado () 3- Grelhado () 4-Frito ()

Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha () 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não ()

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____

Alergia

alimentar: _____

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não ()

Finalidade: _____

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular ()

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:			
Colação Local: Hora:			
Almoço Local: Hora:			
Lanche Local: Hora:			
Jantar Local: Hora:			
Ceia Local: Hora:			