

## FICHA DE ANAMNESE INFANTIL

NOME \_\_\_\_\_ DATA NASC \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

TURMA/ANO \_\_\_\_\_

ALERGIA/REJEIÇÃO  
ALIMENTAR \_\_\_\_\_

USO DE:  MAMADEIRA  COPO  GARFO  COLHER  CHUPETA //   
AMAMENTAÇÃO - EXCLUSIVA ATÉ \_\_\_\_\_ PARCIAL ATÉ \_\_\_\_\_  
MOTIVO DO DESMAME \_\_\_\_\_

RITMO INTESTINAL \_\_\_\_\_ (INGESTA ALIMENTAR EM ANEXO)

PROBLEMAS DE SAÚDE: ATUAL

\_\_\_\_\_

PASSADO:

\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES FAMILIARES:

\_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INGESTA ALIMENTAR

REFEIÇÃO	HORÁRIO	ALIMENTOS
DESJEJUM		
LANCHE MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE TARDE		
JANTAR		
CEIA		

ALIMENTOS QUE NÃO GOSTA:

---

---

---

---