



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 10/09/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Nandara Borges Pereira Carvalho dos Santos

Responsável:

M^{te} ANTONIA Borges Pereira (Avo)

Data de Nascimento: 02/05/2007 Idade: 4 ANOS

Naturalidade: Madre de Deus

Procedência: Casoto Sexo 1- M () 2- F

Telefone: 3602-7269 Ocupação: estudante Turno: tarde

2. 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? _____

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 ()

3. 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 ()
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe <input checked="" type="checkbox"/>	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

PRIMA X
AVO MAT
BISAVO MAT.
AVO MAT.

Cirurgias: _____



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (✓)	Angina	1- Sim ()	2- Não ()
Colesterol alto	1- Sim (✓)	2- Não ()	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (✓)	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (✓)	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()
Câncer	1- Sim ()	2- Não (✓)	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (✓)	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()

TRAZER EXAME RECENTE

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: _____

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	



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 ()

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	Mingau , cascauz		
Colação Local: Hora:	as vezes fruta		
Almoço Local: Hora:	sopa arroz feijão pirão peixe , calabresa Batata		
Lanche Local: Hora:	Merenda escolar + lanchete		
Jantar Local: Hora:	sopa junto à qual almoço menor quantidade		
Ceia Local: Hora:	mingau.		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 24/09/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Brícia Gabriele de Assis de Almonim

Responsável:

Cristiane Sapucaia de Assis

Data de Nascimento: 13/10/2010 Idade: 11 M

Naturalidade: _____

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

Telefone: _____ Ocupação: _____ Turno: _____

2. 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? _____

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 ()

3. 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 ()
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

Cirurgias: _____



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	Angina	1- Sim ()	2- Não ()
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não ()	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()

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: _____

5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	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	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
24/09	11M	10kg	78 cm	95	80	

8. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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 ()

9. 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:			



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30 / 04 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Alissa da Encarnação Alves

Responsável:

Joselita Ramos da Encarnação Alves

Data de Nascimento: 23 / 06 / 2006 Idade: 4a 10m

Naturalidade: Sahadere

Procedência: caboto Sexo 1- M () 2- F (X)

Telefone: 8112.8644 Ocupação: Estudante Turno: matutino

2. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

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

Qual o tipo? -

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

Duração/min.: _____ Há quanto tempo? _____

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 (X)

Roncos: 1- Sim () 2- Não (X)

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

Cirurgias: _____



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (x)	Angina	1- Sim ()	2- Não (x)
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não (x)	Infarto	1- Sim ()	2- Não (x)
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (x)	Derrame	1- Sim ()	2- Não (x)
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (x)	Anemia	1- Sim (x)	2- Não ()
Câncer	1- Sim ()	2- Não (x)	Úlcera	1- Sim ()	2- Não (x)
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (x)	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não (x)

História

Uega Anemia policiteme

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

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

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

Outros: _____

5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo	NBN	Dentição	NBN
Olhos	NBN	Pele	NBN
Mucosas	Hiperemolada +/IV	Unhas	NBN
Boca	NBN	Abdômen	NBN
Língua	NBN	Extremidades	NBN
Gengivas	NBN	Articulações	NBN

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 (x) ↑ () ↓ () 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	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
20/04/11	4a 11m	16 Kg	1.12	80-90	20	

8. ANAMNESE ALIMENTAR

USO DE: MAMADEIRA COPO GARFO COLHER CHUPETA // AMAMENTAÇÃO - EXCLUSIVA ATÉ 4 meses PARCIAL ATÉ 2 anos MOTIVO DO DESMAME idade

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

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

Café manhã () Almoço () Jantar ()

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

Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha (X) 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 (X) 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

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

Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim (X) 2- Não () Quais? Salgadinho industrializado

Por quê? fúria, vômito e diarreia

Alergia alimentar: Não

Intolerância

alimentar: milância, obocavi, quabo, mimpau



Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal ()

Ingestão hídrica: 4 copos/dia

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

lamparina anterior

Como você, no geral, classifica a sua alimentação? 1- Muito boa () 2- Boa 3- Regular ()
4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: <i>casa</i> Hora: <i>07h</i>	<i>cucuz, banana, pão, batata, + pão e 1 manteiga ou 1 ovo ou queijo. leite e 1 leite</i>	<i>2 fatias + 1/2 pão + 1/2 copo</i>	
Colação Local: <i>exda</i> Hora: <i>10h</i>	<i>Suco natural ou industrializado ou leite fermentado ou danone + fruta + merenda da exda</i>	<i>200 ml fruta inteira</i>	
Almoço Local: <i>casa</i> Hora:	<i>cucuz, feijão, carne, frango ou peixe, salada crua (alface pepino, cenoura, beterraba, milho verde, ervilha) Suco 200ml + frutas</i>	<i>3 coll. cucuz 1 coll. feijão Unid. pequena 1 coll. salada crua</i>	
Lanche Local: <i>casa</i> Hora: <i>si horário come durante toda a tarde.</i>	<i>Suco natural + biscoito + banana (4unid)</i>		
Jantar Local: <i>casa</i> Hora: <i>17:30 18:00h</i>	<i>como o almoço ou sopa ou arroz e 1 frango</i>		
Ceia Local: <i>casa</i> Hora:	<i>café e 1 leite ou + pão</i>	<i>1/2 pão</i>	

*a. período
das 14h*



CONDUTA NUTRICIONAL

PARA: Heloisa da Encarnação Alves

DATA: 28/05/2011

CAFÉ DA MANHÃ - 07 a 08H

- **A** - Antes do café: Água + 01 fruta ou salada de frutas ou 01 suco natural
- **B** - Leite em pó com pouco café ou leite em pós com achocolatado – 01 xícara ou iogurte light – 01 unidade

Pode Substituir o item **A** e **B** por uma vitamina de fruta.

- 01 porção do grupo de pães (preferir o integral)
- Requeijão cremoso ou queijo branco (minas fescal, ricota, coalho) ou patê (preparar com requeijão cremoso) ou margarina.

LANCHE DA MANHÃ – 10H

- Água
- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte light ou gelatina diet ou salada de frutas ou picolé de fruta OU merenda da escola

ALMOÇO – 12 a 13H

- Vegetal A – à vontade
- Vegetal B – 02 a 03 colheres de sopa
- Arroz ou macarrão ou farinha ou pirão– 02 a 03 colheres de sopa (tentar incluir o integral)
- Feijão magro – 01 concha ^{pequena} com caldo ou 02 colheres de sopa do grão
- Carne magra – 01 porção
- Gotejar limão na salada
- Sobremesa: fruta ou gelatina ou 01 copo de suco

LANCHE DA TARDE – 15H

- Água
- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte ou gelatina ou salada de frutas ou pipoca (½ pote de sorvete) ou picolé de fruta ou geladinho de fruta.

JANTAR – 17 - 18H

- Com base no café da manhã, podendo substituir a fruta por um prato de sopa magra ou com base no almoço retirando o feijão.

CEIA 21 a 21:30h

Com base nos lanches ou 01 copo de leite com achocolatado.

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida



LISTA DE SUBSTITUIÇÃO

A partir dos 04 anos é mais fácil explicar os significados da alimentação e os seus efeitos sobre o organismo, continue icentiando e estimulando as praticas alimentares saudáveis.

GRUPO DOS VEGETAIS

TIPO A

• Abobrinha	• Cebola	• Palmito
• Acelga	• Chicória	• Pepino
• Agrião	• Couve	• Pimentão
• Alface	• Couve-flor	• Rabanete
• Aspargos	• Espinafre	• Repolho
• Berinjela	• Jiló	• Tomate
• Brócolis	• Maxixe	

TIPO B

• Abóbora Madura	• Cenoura	• Nabo
• Abóbora moranga	• Chuchu	• Quiabo
• Beterraba	• Ervilha Fresca	• Vagem

TIPO C

• Aipim	• Batata Inglesa	• Milho Verde
• Batata Doce	• Inhame	• Mandioca
• Banana da Terra		

GRUPO DOS PÃES

- 2 fatias de forma
- Torrada de pão francês – o equivalente a uma unidade
- 4 biscoitos salgados
- Maisena – 1 colher de sopa + ½ pãozinho
- Aveia – 1 colher de sopa + ½ pãozinho
- Bolo simples – 1 fatia
- Beiju – 3 unidades
- Banana da terra ou vegetal tipo C – 2 pedaços pequeno



GRUPO DAS FRUTAS

TIPO A

· Abacaxi	2 fatias médias	· Laranja	1 média
· Melão	1 fatia média	· Carambola	1 grande
· Lima	2 médias	· Caju	1 grande
· Morango	10 un médias	· Jabuticaba	15 unidades
· Pêssego	1 grande	· Maracujá	2 médios
· Goiaba	1 média	· Tangerina	1 média
· laranja-Lima	1 média	· Melancia	1 fatia média

TIPO B

· Ameixa Fresca	4 un. médias	· Jaca	4 bagos
· Ameixa Amarela	3 un. médias	· Jambo	2 grande
· Ananás	2 fatias médias	· Maçã	1 pequena
· Banana-prata	2 médias	· Mamão	1 fatia média
· Banana-d'água	1 média	· Manga	1 pequena
· Caqui	1 pequeno	· Pêra	1 pequena
· Figos	2 grandes	· Sapoti	2 médios
· Fruta-de-conde	1 grande	· Uva	10 unidades
· Graviola	1/2 média		

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Faça 05 a 06 refeições por dia, com alimentos variados, comendo sempre no mesmo horário, siga a conduta nutricional;
- Coma devagar mastigando bem os alimentos, assim os nutrientes serão melhor aproveitados;
- Procure fazer as refeições em clima de tranquilidade;
- Evite o consumo de frituras, preferir os alimentos cozidos, assados ou grelhados;
- Procure combinar alimentos ricos em ferro com alimentos ricos em vitamina C.
Ex: Suco de Jenipapo com limão, Abacaxi com Couve ou Hortelã, Couve com Laranja ou Limão.
- Prefira alimentos ricos em ferro conforme tabela abaixo:

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida



Nutrição e Dietética

FONTE ANIMAL

Aves

Carne de boi, carneiro, lebre

Frutos do mar: Marisco, ostra, pitu

Peixes: Anguilula, bacalhau, badejo, beijupirá, bonito, sardinha, sarnabi, surubim

Vísceras: " bofe ", coração, fígado, língua, miolo, moela, rim

FONTE VEGETAL

Castanha (de caju e do Pará)

Cereais: Aveia, beiju, flocos, pães e biscoitos integrais

Derivados da cana: açúcar mascavo (açúcar "marrom"), melaço, melado, rapadura

Farinhas(araruta, centeio, rosca, soja, tapioca)

Frutas: Açaí (suco), Araçá, Jenipapo, Maracujá, Tamarindo, Umbu,

Frutas desidratadas: ameixa, passas

Leguminosas: Andu, ervilha seca, feijão, lentilha, soja, vagem

Raízes e tubérculos: Batata-doce amarela, gengibre, inhame

Sementes: Abóbora, gergelim, girassol

Vegetais: Abóbora, pimentão, quiabo e folhosos verde-escuro (bredos, brócolis, couve, Língua de vaca, repolho)



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 28 / 05 / 2011

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Michelle Luise Pita Evangelista

Responsável:

Daniela Neves Pita

Data de Nascimento: 06 / 04 / 2009 Idade: 2 anos 01 mês

Naturalidade: Caudeias

Procedência: Exato Sexo 1- M () 2 - F (X)

Telefone: 8294-0180 Ocupação: Dona de casa Turno: -

2. 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? _____

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 (X)

Roncos: 1- Sim () 2- Não (X)

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

Cirurgias: NÃO

222



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	Angina	1- Sim ()	2- Não (X)
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	Infarto	1- Sim ()	2- Não (X)
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	Derrame	1- Sim ()	2- Não (X)
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não ()	Anemia	1- Sim ()	2- Não (X)
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	Úlcera	1- Sim ()	2- Não (X)
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não (X)

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: _____

5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	Normal	Dentição	normal plissada
Olhos	Normal	Pele	normal
Mucosas	coradas	Unhas	normal
Boca	normal	Abdômen	OK
Língua	normal	Extremidades	OK
Gengivas	normal	Articulações	OK

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

Ritmo Urinário: Normal (X) ↑ () ↓ () 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	



Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () () ()

Ingestão hídrica: vários copos 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 ()

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: CASA Hora: 06:00	café com leite Pão	1/4 copo 200ml 1/4 pão francês	
Colação Local: CASA Hora: 08:00 10:00	Danone - Mingau Maizena + leite Ninho - Danone		
Almoço Local: CASA Hora:	- Arroz ou macarrão - Feijão - batata, cenoura - Tomate, alface - Frango, <u>peixe</u> , carne Tudo pouco		
Lanche Local: 15:00 Hora:	leite fermentado	01 franquinho	
Jantar Local: CASA Hora: 17:00	Mingau Maizena	01 mamadeira (240ml)	
Ceia Local: CASA Hora: 19:00	Mingau Maizena	240ml (01 mamadeira)	



CONDUTA NUTRICIONAL

PARA: Michelle Luise Pita Evangelista

DATA: 16/07/2011

CAFÉ DA MANHÃ - 07 a 08H

- **A** - Antes do café: 01 fruta ou 01 suco natural
- **B** - Leite com achocolatado

Pode Substituir o item **A** e **B** por uma vitamina de fruta.

- 01 porção do grupo de pães
- Requeijão cremoso ou queijo ou margarina.

LANCHE DA MANHÃ – 10H

- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte ou salada de frutas ou iogurte

ALMOÇO – 12 a 13H

- Vegetal A
- Vegetal B
- Arroz ou macarrão ou farinha
- Feijão magro
- Carne magra (carne, ou peixe ou frango ou soja)
- Sobremesa: fruta ou gelatina ou 01 copo de suco

LANCHE DA TARDE – 15H

- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte ou gelatina ou salada de frutas

JANTAR – 17 - 18H

- Igual almoço ou
- Igual ao café da manhã, podendo substituir a fruta por um prato de sopa

CEIA 21 a 21:30h

Com base nos lanches ou 01 copo de mingau ou leite com achocolatado



LISTA DE SUBSTITUIÇÃO

A partir dos 04 anos é mais fácil explicar os significados da alimentação e os seus efeitos sobre o organismo, continue incentivando e estimulando as praticas alimentares saudáveis.

GRUPO DOS VEGETAIS

TIPO A

• Abobrinha	• Cebola	• Palmito
• Acelga	• Chicória	• Pepino
• Agrião	• Couve	• Pimentão
• Alface	• Couve-flor	• Rabanete
• Aspargos	• Espinafre	• Repolho
• Berinjela	• Jiló	• Tomate
• Brócolis	• Maxixe	

TIPO B

• Abóbora Madura	• Cenoura	• Nabo
• Abóbora moranga	• Chuchu	• Quiabo
• Beterraba	• Ervilha Fresca	• Vagem

TIPO C

• Aipim	• Batata Inglesa	• Milho Verde
• Batata Doce	• Inhame	• Mandioca
• Banana da Terra		

GRUPO DOS PÃES

- 2 fatias de forma
- Torrada de pão francês – o equivalente a uma unidade
- 4 biscoitos salgados
- Maisena – 1 colher de sopa + ½ pãozinho
- Aveia – 1 colher de sopa + ½ pãozinho
- Bolo simples – 1 fatia
- Beiju – 3 unidades
- Banana da terra ou vegetal tipo C – 2 pedaços pequeno



Nutrição e Dietética

GRUPO DAS FRUTAS

TIPO A

• Abacaxi	2 fatias médias	• Laranja	1 média
• Melão	1 fatia média	• Carambola	1 grande
• Lima	2 médias	• Caju	1 grande
• Morango	10 un médias	• Jabuticaba	15 unidades
• Pêssego	1 grande	• Maracujá	2 médios
• Goiaba	1 média	• Tangerina	1 média
• laranja-Lima	1 média	• Melancia	1 fatia média

TIPO B

• Ameixa Fresca	4 un. médias	• Jaca	4 bagos
• Ameixa Amarela	3 un. médias	• Jambo	2 grande
• Ananás	2 fatias médias	• Maçã	1 pequena
• Banana-prata	2 médias	• Mamão	1 fatia média
• Banana-d'água	1 média	• Manga	1 pequena
• Caqui	1 pequeno	• Pêra	1 pequena
• Figos	2 grandes	• Sapoti	2 médios
• Fruta-de-conde	1 grande	• Uva	10 unidades
• Graviola	1/2 média		

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Ofereça 05 a 06 refeições por dia, com alimentos variados, comendo sempre no mesmo horário, siga a conduta nutricional;
- Ofereça as refeições em clima de tranquilidade, na mesa juntamente com a família, para estimular o consumo de alimentos diferentes;
- Evite o consumo de frituras, preferir os alimentos cozidos, assados ou grelhados;
- Prefira alimentos ricos em fibras como cereais integrais, saladas cruas e frutas in natura (mamão, laranja, abacaxi, lima, manga, morango, uva, tangerina, melão).
- Evite oferecer sucos industrializados, doces, salgadinhos, refrigerantes às crianças, para evitar problemas futuros como hipertensão, sobrepeso, colesterol alto, e até mesmo cáries.

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida