



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Pamela Graciele da Cunha de Souza

Responsável:

Delaine Graciele Pita Cunha

Data de Nascimento: 27/07/2010 Idade: 9M

Naturalidade: _____

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

Telefone: 9631.0253 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: _____ *R I L*

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	



50,4
65,4

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
30/04	9 M	8,7	68 cm	20	30	
28/05/11	10 meses	08 kg	68 cm	10	20	feita orientação
16/07/11	12 MESES	8,6 kg	72 cm			
06/09/11	12 M	8,8	74 cm	50	95	
10/09	12 M	9,0	74	20	20	
08/10		9,1	74	10	20	

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: _____



Leptotermia e outros insetos - folh
dausformosa Lata 300 -

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:	L M		
Colação Local: Hora:	1 I. seguinte maça		
Almoço Local: Hora:	Sopa ou abóbora		
Lanche Local: Hora:	Sopa ou abóbora		
Jantar Local: Hora:	Pão, semida da mãe		
Ceia Local: Hora:	L M		

mucilow milho
da hora

L M durante o dia



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Samantha Mira dos Santos Rabello

Responsável:

Fernanda Pita dos Santos

Data de Nascimento: 21/05/2010 Idade: 11m

Naturalidade: latur

Procedência: latur / laboto Sexo 1- M () 2- F (X)

Telefone: 99180808 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 ()

Horario Irregular
sem tarde e acordar tarde
durante a tarde ≈ 2h

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 (X)	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Diabetes	3- Pai (X)	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
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 (X)	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: la. Pele Nariz



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

ÍTEMS	OBSERVAÇÕES	ÍTEMS	OBSERVAÇÕES
Cabelo	JDN	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: _____

RIC alterando os dias

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	



71,2
85,0

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
30/04	11 m	13,8	75		>97°	
28/05	1 ANO	14,9	76 cm		>97°	
16/07	1 ANO 2 M	15 kg	79 cm	80°	>97°	
06/08	1 ANO 3 M	15,3	80 cm			
10/09	1 ANO 4 M	16,2	81 cm	>97°	>97°	
08/10	1 ANO 5 M	17,1	84 cm	90°	>97°	Percentil 97 - 12,7 kg

8. ANAMNESE ALIMENTAR

USO DE: MAMADEIRA COPO GARFO COLHER CHUPETA // AMAMENTAÇÃO - EXCLUSIVA ATÉ 6 meses 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: 4 H₂O copos/dia

1 chocalho

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: <u>10:00h</u>	<u>L M</u>		
Colação Local: Hora:	<u>Banana ou maçã</u>		
Almoço Local: Hora: <u>13:00</u>	<u>Sopinha (Tempero sal, salsa, cebolinho, salsinha) ↳ carne ou frango Suco maracujá ou manga acorda</u>		
Lanche Local: Hora: <u>15:00</u>	<u>Banana ou maçã de iogurte</u>		
Jantar Local: Hora: <u>18:00</u>	<u>Sopinha</u>		
Ceia Local: Hora:	<u>Não: mingau</u>		

lute materno sempre q a criança pede

Desjejum - LM
08:00

lanche
10h - iogurte / Laranja

Almoço -
12h Peixe assado / Peito de frango
Arroz / macanão
Feijão
Salada crua (Alface, tomate / chins verde / Nabo / Cenoura / Beterrã)
200ml suco com açúcar

lanche
15h - Biscoito / Melão
suco com açúcar

Jantar
18h - ^{Sopa} ~~Papão~~ (verdura e macanão, carne moída / Peito de frango)
ou verde
Escaldado de Peixe e Pirão

ceia - (LM)

- * Alorda 2 - 3 vezes a noite p/ mamar
- * 50 - 100ml de água por dia
- * suco o dia todo.



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 28/05/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

SAMARA PITA MAGDALENA

Responsável:

ROSANCELA PITA ALVES

Data de Nascimento: 02/04/2008 Idade: 03A 01M

Naturalidade: DIVINA PROVIDÊNCIA - Rio Grande do Sul

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

Telefone: 3602-7310 Ocupação: Separadora - WALL MART Turno: MANHÃ

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 (<input checked="" type="checkbox"/>)	4- Mãe ()	8- Irmãos (<input checked="" type="checkbox"/>)	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: _____



7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
28/05/11	3A 1M	11,1kg	80	20	3	
16/07	3A 3M	12,4	89	10	3	
10/09	3A 5M	12,5	91	10	5	
08/10	3A 6M	12,8	91			

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: mingau

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ (X)

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 (X)
4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: CASA Hora: 8:00	Pão Mingau mucilon ou 01 copo de leite Abacate de leite (LM)	1/2 Pão 350ml 1/2 copo	
Colação Local: CASA Hora: 10:00	Maçã / Banana ou ou suco de fruta - 1 porção (LM)	02 und	
Almoço Local: CASA Hora: 11:30 12:00	Macanão Arroz - pouco feijão Batata, Abóbora Peixe, frango, carne (só o suco e suco (1/2 copo) (LM)		
Lanche Local: CASA Hora: 15:00	Merenda escolar		
Jantar Local: CASA Hora: 16:30	Mingau mucilon ou arroz e feijão - 20:00h maçã / suco LM		
Ceia Local: Hora: 20:00 22:00	- Mingau mucilon ou jantar - Pão / biscoito / suco		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18 / 06 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Laisa da Silva Moraes

Responsável:

Carmelita dos Reis

Data de Nascimento: 15/02/2002 Idade: 09 A

Naturalidade: Rio de Janeiro

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

Telefone: 3602-7280 Ocupação: Estudante Turno: MAT.

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 (X) 4- Acima de 8 horas ()

Roncos: 1- Sim (X) 2- Não ()

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Obesidade	3- Pai (X)	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Pressão Alta	3- Pai (X)	4- Mãe ()	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 (X)
Angina	3- Pai (X)	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 (X)
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Insuf. Cardíaca	3- Pai (X)	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 (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

Bisavô Paterno

" "

faleceu
Problemas Respiratórios

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 (1)	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 (1)

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 () *Não*

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 A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
19/06/11	09 A 4M	61,7	147 151 147	1,16 1,16	797	IMC = 28,55 - SOBREPESO

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: Bekrrabe, anoura, batata

Apetite atual: 1- Normal () (X) ↓ ()

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: 5:30	—		
Colação Local: ESCOLA Hora:	—		
Almoço Local: CASA Hora: 13:30	- Arroz - Feijão - carne do feijão, Buche ou - arroz, feijão - salada - frango - refrigerante		
Lanche Local: Hora: 15:00	pão puro café puro	1	
Jantar Local: Hora: 19:30	igual ao almoço		
Ceia Local: Hora:	—		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 28 / 05 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Dafine Lorraine Nunes Alves dos Santos

Responsável:

Jacielle de Santane dos Santos

Data de Nascimento: 06 / 02 / 2011 Idade: 03 Meses

Naturalidade: Candeias

Procedência: Caboto Sexo 1- M () 2- F (x)

Telefone: 3602-9615 Ocupação: Estudante Turno: matutino

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 ()

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 (x)
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (x)
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (x)
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (x)
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 (x)

Cirurgias: _____



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (x)	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	da idade
Olhos	✓	Pele	
Mucosas	clara	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
28/05/11	03M	09	63 cm	95	>97°	LM
18/06/11	04M	8.400	66,5	>95	>97°	LM
10/09	07M	13 Kg	75	>97°	>97°	Papinha de fruta e legumes

8. ANAMNESE ALIMENTAR

USO DE: MAMADEIRA COPO GARFO COLHER CHUPETA // AMAMENTAÇÃO - EXCLUSIVA ATÉ Amamente atual 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: _____

alimento: _____



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:	LM		
Colação Local: Hora:	mingau cremoso		
Almoço Local: Hora:	LM		
Lanche Local: Hora:	LM		
Jantar Local: Hora:	LM		
Ceia Local: Hora:	LM		