



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18 / 06 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

JOABY DE JESUS SANTOS DOS SANTOS

Responsável:

ANDREYA DE JESUS SANTOS DOS SANTOS (IVONE - AVÓ)

Data de Nascimento: 03/06/2007 Idade: 04 A

Naturalidade: CANDEIAS

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

Telefone: 9907-4055 Ocupação: — Escola 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 (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Pressão Alta	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input checked="" type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input type="checkbox"/>)
Diabetes	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Colesterol alto	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Angina	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Infarto	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Morte Súbita	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Derrame	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Insuf. Cardíaca	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Câncer	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Osteoporose	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)
Outros	3- Pai (<input type="checkbox"/>)	4- Mãe (<input type="checkbox"/>)	8- Irmãos (<input type="checkbox"/>)	13- Ninguém/não sabe (<input checked="" type="checkbox"/>)

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 (✓) NÃO

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: DURO Aspecto: _____

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

TOMA MEDICAMENTO P/ PRISAS DE VENTRE

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina	12,16 g/dl OK	HDL-C	
Hematócrito	40% OK	Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

26/07 Microcitose e Hipo cromia discreta. / Ameba / Urina OK



7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
18/06/11	04A	16,9	104	60°	50°	
16/07	04A01M	16,9	105	60°	50°	
06/08	04A02M	17,2	105			
10/09	04A03M	17,8	106	60	60	

8. ANAMNESE ALIMENTAR

USO DE: MAMADEIRA COPO GARFO COLHER CHUPETA // AMAMENTAÇÃO -
EXCLUSIVA ATÉ 06 MESES PARCIAL ATÉ 3 ANOS 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: Quiabo, carne

Apetite atual: 1- Normal ()

Ingestão hídrica: 05 copos/dia

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

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

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: CASA Hora: 7-8h	- SUCO - 1/2 Pão margarina ou queijo	100 ml	
Colação Local: CASA MÃE / AVÓ Hora: 10:00	- Yacult - Biscoito Ncheado	01 60g (1 pct. peg.)	
Almoço Local: CASA MÃE OU AVÓ Hora: 11-12	- Macanão el traugo - Arroz feijão - Peixe - Laranja - quiabo, cenoura, batata, chuchu - couve, alface, Acelga - SUCO de fruta.		
Lanche Local: ESCOLA (CASA) Hora: 15:00	- Merenda escolar - E às vezes come também o lanche de casa.		
Jantar Local: CASA Hora: 19:00	- Janta igual almoço ou - Sopa ou - café de leite e pão		
Ceia Local: CASA Hora: 21-22h	- Café de leite - Biscoito recheado		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30 / 04 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Rosario Juan Rabillo de Santos de Oliveira

Responsável:

Fernanda Pita dos Santos

Data de Nascimento: 27 / 01 / 04 Idade: 7

Naturalidade: Campeões

Procedência: _____ Sexo 1- M 2- F ()

Telefone: 9918 0508 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 <input checked="" type="checkbox"/>
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe <input checked="" type="checkbox"/>

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 (X)
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	Normal	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 () RIN

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	



melancia, mamão, melão

Aversões alimentares: seni-papo, não salada, cog e rima, café

Apetite atual: 1- Normal () (X) ↓ ()

Ingestão hídrica: 3 ou 5 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: Hora: 9-10h	pão com queip, ou pro schocolatado (mucilow arroz)	1 pão	
Colação Local: Hora:	-		
Almoço Local: Hora:	frupã com arroz, carne recheio de ampo (marquise e cebola) Bala peixe, macanão		
Lanche Local: Hora:	munda Biscoito { as vezes recheado club social, paratempo ipute ou rucos ou refri		
Jantar Local: Hora:	Banana, maçã, manga, (amora) schocolatado e 1 pão e 1 queip ou presente)	5 bananas 1 ou 2 maçãs	
Ceia Local: Hora:	mucilow arroz		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30 / 4 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Guilherme da Encarnação da Silva

Responsável:

(Tia) Daiana da Silva

Data de Nascimento: 27 / 06 / 2002 Idade: 8a 10m

Naturalidade: Simões Filho

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

Telefone: 3602 4050 Ocupação: Estudante Turno: manhã

2. HÁBITOS DE VIDA

Objetivos: Redução alimentar e de peso

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 (X)

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 () 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 ()	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 ()	Angina	1- Sim ()	2- Não ()
Colesterol alto	1- Sim (X)	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

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	VDN	Dentição	-
Olhos	-	Pele	-
Mucosas	corada	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 () RIL

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina	OK	HDL-C	50 ↓
Hematócrito	OK	Triglicérides	✓
Leucócitos	OK	Uréia	✓
Glicemia	88 ✓	Creatinina	✓
Colesterol Total	192 ↑	Uréia	✓
LDL-C	132,8 ↓	Creatinina	✓



orientação pl colesterol alto

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
30/04/11	8A 10M	45	137	85%	>97	
28/05/11	8A 11M	44,7	140	95'	>97	
18/06/11	8A 11M	44,9	142	97'	>97	

8. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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 (x) 3- Grelhado (x) 4-Frito ()

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

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 (x)

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

Por quê? _____

Alergia alimentar: _____

Intolerância alimentar: _____

mãe
estudante
de
nutrição
(técnico)



Aversões alimentares: leite líquido

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

Ingestão hídrica: 4 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 (X) 3- Regular ()
4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	café e 1 leite em pó, 2 pães manteiga ou queijo 7h45 1/2 pão		
Colação Local: Hora:	merenda da escola 10h		
Almoço Local: Hora:	arroz, feijão, carne ou pro frito, batata frita, salada (alface, tomate etc)		
Lanche Local: Hora:	^{As vezes} biscoito recheado, salgadinho, refrigerante, pernilito, geladinho, sorvete biscoito doce		
Jantar Local: Hora:	como no almoço - as vezes como o lanche da Faculdade igual ao café da manhã		
Ceia Local: Hora:	pão e 1 café e 1 leite		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18 / 06 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Neltonia dos Santos

Data de Nascimento: 14 / 08 / 96 Idade: 14 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 3602.7050 Ocupação: Estudante

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	Raramente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)							
Cerveja (garrafa grande)							
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/Vodka (doses)							
Vinho (taças)	<u>1</u>				<u>X</u>		
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- Cigarilha () 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 (<input checked="" type="checkbox"/>)	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

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	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

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 () *RIL 3 em 3 dias*

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 (cm)	CQ (CM)
<i>18/06</i>	<i>65</i>	<i>1,69</i>	<i>22,75</i>	<i>84</i>	

PESO IDEAL OU DESEJADO:

AB → 99cm



Estuda pela
manhã

8. PERCEPÇÃO

Como você classificaria seu peso corporal? 1- Baixo peso () 2- Peso normal ()
3- Um pouco acima do peso (X) 4- Muito acima do peso () 5- Não se percebe ()
Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?
1- Satisfeito () 2- Insatisfeito (X) 3- Indiferente ()
Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?
1- Muito boa () 2- Boa () 3- Regular (X) 4- Ruim () 5- Muito ruim ()

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação (X) 3- Almoço (X) 4- Lanche () 5- Jantar (X) 6- Ceia ()
Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua (X)
Café manhã () Almoço () Jantar ()
Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido () 2- Assado () 3- Grelhado () 4- Frito (X)
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: mamão, melão
Aversões alimentares: _____
Apetite atual: 1- Normal () ↑(X) ↓() Ingestão hídrica: 3 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 ()



unidade, de número 10/2017

2017

10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	—		
Colação Local: Hora: 10:15 mela	Suco maracujá 300 ml Salgado frito (risoto) 1 unid.		
Almoço Local: Hora: 13-14h	Frijão = 1 concha Arroz + farinha = 1 + 1/2 conch. arroz frango = 2 pedaços b Salada		
Lanche Local: Hora:	—		
Jantar Local: Hora: 19-20h casa	como o almoço ou refeição pão		
Ceia Local: Hora: 20:30h	refeição preto		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ~~INFANTIL~~ **ADULTO**

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 10/09/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Noelma de Jesus Ramos

Responsável:

Data de Nascimento: 11/03/84 Idade: 27

Naturalidade: Salvador

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

Telefone: 71 8605-5076 Ocupação: Estagiária contábil Turno: _____

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 () 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 (X)	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 (X)	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 ()

NÓ

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

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	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID IMC PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
10/09		59,1	1,55	24,59		Peso desejado 54 kg

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: CASA Hora: 06:00	Pão francês manteiga + queijo + presunto café 112 caneca + leite desnatado Açúcar (02 colh. chá)	d + 1/2 manteiga = 01 colh. sopa cheia	
Colação Local: TPAB. Hora:	_____		
Almoço Local: TPAB. Hora: 12-12:30	Arroz / macanão carne (bife frito) Purê Salada crua Schmeçesa: Doce Refeição às vezes // prefere suco		
Lanche Local: TPAB. Hora: 15h 2 = 18h FACULDADE	Bombom < fruta soubise de valsa - SANDUICHE - subway - integral - Empada canoço suco / Refeição		
Jantar Local: CASA Hora: 22:30 23h	Pão francês + recheio ou manteiga 112 caneca de leite ou leite desnat. OU curauz * Qd. m come sanduiche na Faculdade	02 D de colher de sopa cheia	
Ceia Local: Hora:	_____		



comida P

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Deise Jamarina da Cruz Souza

Data de Nascimento: 08/04/1987 Idade: 24 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

Naturalidade: Sabão Procedência: Labato Sexo 1- M () 2- F ()

Telefone: 3602.4073 Ocupação: Auxiliar administrativo

Função: _____ Carga horária de trabalho / dia 6 h *manhã*

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

Qual? - Com que frequência semanal? -

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

*08:30 às 12:00
Seg a Sexta*

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? -

*História caminhada e
Karate*

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	Raramente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)	<u>-</u>						
Cerveja (garrafa grande)	<u>3x</u>	<u>x</u>					
Cerveja (copo 200 ml)							
Aguardente (doses)							
Uísque (doses)							
Conhaque/Vodka (doses)							
Vinho (taças)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? 4 anos

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 (X) 4- Acima de 8 horas ()

Roncos: 1- Sim () 2- Não (X)

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 (X)	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai (X)	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe (X)	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

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim (X)	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 (X) 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? 11 anos

Já esteve grávida? 1- Sim () 2- Não (X) 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	N/DU	Dentição	
Olhos		Pele	N/DU
Mucosas		Unhas	N/DU
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	N/DU

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito (x) após almoço

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação (x) R/U

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

ma digestão à noite

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 (cm)	CQ (CM)
30/04	68,5	1,64	25,46	85	
28/05	67,9	1,64	25,24	81	108
18/06	67,6	1,64	25,13	87	
06/08	67,5 kg				
10/09	67 kg		24,9	76	103
08/10	67,2				
05/11	67,00				

PESO IDEAL OU DESEJADO:

64 Kg

ABD

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

95

IMC 24,9 → 66,9 kg

ABD -
Infôrma que há 8 meses
A peso. Peso usual 52kg

18 — 24,9 - N.

25 — 29,9 - SOBREP.



8. PERCEPÇÃO

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

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

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

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

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

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã (X) 2- Colação () ^{ou no geral} 3- Almoço (X) 4- Lanche () 5- Jantar (X) 6- Ceia ()

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

Café manhã (X) Almoço (L) Jantar (L)

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

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

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? 2 pessoas

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

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

Por quê? _____

Alergia

alimentar: Não

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: Fígado.

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

Ingestão hídrica: 5 copos/dia

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

Finalidade: _____

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

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: casa Hora: 07:30h	café e leite açucar, pão e queijão ou margarina ou presunto. ou iogurte ou suco e pão ou substitutos (raiz, bob, curuz)	4 fatias 1 pão francês 2 fatias bob Pão 4 a 5 pedacinhos raiz	
Colação Local: av. nerys Hora: 2 x 15min	Pão de queijo Baurer, Pastel de forno, ou biscoito recheado (1/2 pacote)	4 unid.	
Almoço Local: Hora: 14h	arroz ou macarrão feijão carne frida (ou frango coz. ou frido, peixe moqueca, sufrão) Salada, Verdura crua. A Sopa ou refrito	2 cdlh de arroz 3 concha 2 unid 2 cdlh d	
Lanche Local: Hora:	— ou sorvete ou pipoca		
Jantar Local: Hora:	como almoço ou como o café da manhã		
Ceia Local: Hora:	—		

Gota muito: sorvete, pipoca, pizza

Desjejum = café e leite desnatado
o pão francês

Lanche = às vezes barra de cereal

Almoço = 2 colh. arroz
o bife
Salada
feijão (o colh. de carne)
Suco

lanche = gelatina

jantar = sopa
to

ceia = iogurte

* Água - ingestão insuficiente

* Pele - ressecar mais

* lanches < manhã tarde. falta regularizar.



camusa M

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 16 / 07 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gisélia Maria Copque Pita

Data de Nascimento: 13 / 10 / 57 Idade: 53 A Est. Civil 1- S (x) 2- C () 3- D () 4- V ()

Naturalidade: lobato Procedência: lobato Sexo 1- M () 2- F (x)

Telefone: 99587816 Ocupação: auxiliar administrativo

Função: _____ Carga horária de trabalho / dia 8h h

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

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 (x) 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()

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

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 (x) 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 (x)

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 (x) 2- Não (x)

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Raramente	Nunca
Cerveja (lata/garrafa pequena)	<u>2 copo</u>				<u>x</u>		
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 (x) 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 (X) 2- Não () Se afirmativo: 1- Casa (X) 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 (X) 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 (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe (X)	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 (X)	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai (X)	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: la estômago (pai)

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não ()	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim (X)	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 (X)

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

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	
Olhos		Pele	NDN
Mucosas		Unhas	NDN
Boca	MOB	Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	Suelho

Ap. Gastrointestinal

1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()
6- Vômito ()
7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação () RIN
Outros: _____
Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: RUN
Ritmo Urinário: Normal () ↑ () ↓ () Frequência: _____

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	57
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia		Creatinina	
Colesterol Total	225,00 A	Uréia	
LDL-C	149,2 A	Creatinina	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
16/07	54	^{2,3409} 1,53	23,06		
05/07	54,8				
10/09	54,3				
0	54,9		23,45		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

Eutrofia

Redução alimentar



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 ()



Trabalha
a tarde
13h

10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local:	café preto		
Hora: 09:00h	café preto c/ leite ninho pão de sal c/ manteiga		
Colação Local:			
Hora:		Dois o café da manhã e + tarde come fruta no almoço	
Almoço Local:	arroz ou macarrão feijão farofa + Salada de suco ou água	moqueca peixe 1x ou 2x semana	
Lanche Local:	Biscoito ou Bolo ou misto (cream craker)		
Hora: 15h			
Jantar Local:	misto ou hambúrguer ou saldado c/ suco ou refrigerante c/ salteado		
Hora: 18h			
Ceia Local:	—		
Hora:	As vezes suco ou leite		

Giselia M^a C. Pite.

1009
2

Desjejum = Pão integral 1 ou 2 fatias
7:30 suco
café e molico ou puro

lanche = fruta

Almoço = feijão, Arroz ou macarrão
carne cozido ou Assado.
Saladas
suco

lanche = Biscoito cream cracker
ou fruta

Jantar = sopa ou pão integral

ceia = —