



16:30h

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Valdelice de Santana dos Santos

Data de Nascimento: 16/06/78 Idade: 32 Est. Civil 1- S () 2- C (x) 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 82886325 Ocupação: -

Função: - Carga horária de trabalho / dia h

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

Qual? Com que frequência semanal?

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

Estudante à noite

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 (x) 2- completo ()

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

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

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

Obj. Redução Alimentar

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 () 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)		<i>1x semana</i>					
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 () 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 ()

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 (X)	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	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 (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não (X)	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (X)	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (X)	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não (X)	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não (X)	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (X)	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? _____ anos

Já esteve grávida? 1- Sim () 2- Não ()

Quantas vezes você esteve grávida? 4 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	compl
Olhos		Pele	quebra fácil
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação () RIL nas pernas e umbone

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	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
30/04/11	81,5	1,64 ^{2,16896}	30,30	< 100	
28/05/11	81,9	1,64 ^{2,16896}	30,45		
06/08	83,3		30,97		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

~~75,00kg~~ / Ideal = 66 kg
Desejado = 70 kg

~~34,9 = 11,8 kg~~

1º meta 75kg



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 (7) 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 () ^{as vezes} 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: 1,2 lts copos/dia

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

Finalidade: _____

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



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	Biscoito e leite suco 1/2 mamã + 1/2 Tabela cream craker		
Colação Local: Hora:	feijão e farinha —		
Almoço Local: Hora:	feijão e feijão carne su peixe pepino, abob, tomate, alface		
Lanche Local: Hora:	—		
Jantar Local: Hora:	hamburguer su misto e suco su refrigerante		
Ceia Local: Hora:	leite		

Não: arroz, macarrão



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 28/05/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Betina da Encarnação dos Santos

Data de Nascimento: 03/02/94 Idade: 17 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

Naturalidade: Salvador Procedência: caboto Sexo 1- M () 2- F ()

Telefone: 9135-0291 Ocupação: Estudante

Função: _____ Carga horária de trabalho / dia _____ h

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

Qual? Dormir!! 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 () em andamento

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)	<u>01</u>					<input checked="" type="checkbox"/>	
Vinho (taças)	<u>-02</u>					<input checked="" type="checkbox"/>	
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____

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

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

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

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

Tabagismo

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

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

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



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (X) 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 (X)

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

*Vem
Ficha da
mãe
simone*

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 ()	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 (X)

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

Com que idade teve a primeira menstruação? _____ 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

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	
Olhos		Pele	
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	cãimbra nas mãos
Gengivas		Articulações	Dor ombros, joelhos

Ap. Gastrointestinal

- 1- Disfagia () 2- Odinofagia () 3- Dispepsia () 4- Pirose () 5- Náusea ()
 6- Vômito ()
 7- Flatulência () 8- Diarréia () 9- Obstipação (X)

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: Normal Aspecto: _____

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

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

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

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
28/05/11	94 kg	^{2,7819} 1,67	33,70		
18/06/11	94		33,7	88	126
06/08/11	94,9				
10/09/11	96,4				

PESO IDEAL OU DESEJADO:

70 kg

ABD.
94

N = 18 — 24,9

Sob. 25 — 29,9

OB. I 30 — 34,9



8. PERCEPÇÃO

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

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 () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()

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

Café manhã () Almoço () Jantar ()

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

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

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

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

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

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

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

Por quê? _____

Alergia alimentar: _____

Intolerância alimentar: _____

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑() ↓()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

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

Finalidade: _____

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

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	Sai si tomar café chupa bala de café Guaramix + salgadinho		
Colação Local: Colégio Hora: 10:15	Salgado frito Refrigerante → X	01 01 copo 300ml	
Almoço Local: casa Hora: 13:00	Arroz e macarrão (1 porção grande) Feijão Carne Salada / Verdura	02 colh. 01 colh. 01 pedaço	
Lanche Local: Hora:	Dorme		
Jantar Local: Hora:			
Ceia Local: casa Hora:	Biscoito amanteigado Café de leite Refrigerante refrigerante	10 und 01 copo 01 copo	

Na fonte de carne

Betina

06/08/11

Desjejum - 02 fatias de pão integral
6:40 ou
02 pão francês
Margarina
Suelo → 01 colh. sopa cheia e 1/2

lanche - _____

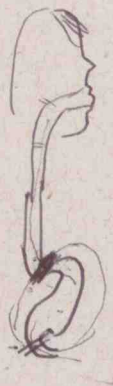
Almoço - Arroz ou macarrão (não mede, desjeje no prato) ^(*)
13h Feijão - 02 colheres
carnes - 02 pedaços (tamanho da palma da mão)
Saladas (01 prato)

Laude - ^{Beisica} ~~TUDO~~ - Não tem atividade a tarde.
15

Jantar - Vitamina de frutas
ou
café e leite integral - 300ml
pão francês 02 colh. sopa de Agüean
ou integral - margarina

ceia - _____

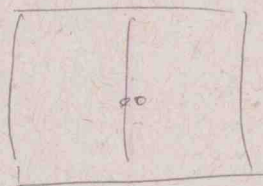
Desjejum = café e leite desnatado = 01 colher
 06:50 Pão francês = 02 1 manteiga
 CASA



Lanche = _____
 Escola

Almoço = Arroz = 03 colheres
 13:30h Feijão = 02 colheres (às vezes)
 CASA Salada = 01 prato grande
 carnes = de feijão, frango, peixe
 Doce -
 Refri -

Lanche = _____ dormir



Jantar = café e leite
 Sopa
 pão
 raiz

ceia = 01 banana



camisa M

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18/06/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Nivalda Maria dos Santos

Data de Nascimento: 11/06/37 Idade: 75 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 36029683 Ocupação: Aposentada Carga horária de trabalho / dia _____ h

Função: 496151466 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? _____ Regular: 1- Sim () 2- Não ()

Com que frequência semanal pratica? 7 dias / semana

Duração/min.: 1 hora 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)							
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: _____ N° cigarros/dia: _____

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

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não () Quanto Tempo? 20 anos



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (X) 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 ()	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ANGINA _____
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	INFART _____
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	MORSUB _____
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DERRAME _____
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe (X)	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 _____

Pai Tuberculose
Cirurgias: la de utero

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim (X)	2- Não ()	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não (X)	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim (X)	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não (X)	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não (X)	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (X)	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 (X) 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: DM metformina, captopril, rosuvastatina HAS

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? 10 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? ____ / ____ / ____ / ____ / ____

8 filhos



5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	-	Dentição	incompleta
Olhos	-	Pele	+ III ressecada
Mucosas	-	Unhas	-
Boca	-	Abdômen	-
Língua	-	Extremidades	-
Gengivas	-	Articulações	-

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

↳ Cede o pão, meio de maracujá

RTL 2 a 3 dias

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL 24/05/11

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina		HDL-C	
Hematócrito		Triglicérides	
Leucócitos		Uréia	
Glicemia	211 A	Creatinina	
Colesterol Total		Uréia	
LDL-C		Creatinina	

deixei trozar na próxima

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

- Perda Peso
- Controle DM

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC (cm)	CQ (CM)
18/06	59	1,48	26,9	98	
16/07	59,2				
06/08	60,0				
10/09	57,9				
08/10	60,2				

PESO IDEAL OU DESEJADO:

Peso Ideal 54,5 Kg

meta inicial 54 Kg

Abdominal 18/06 → 102,5 cm



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 () 3- Indiferente (X)

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

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

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã (X) 2- Colação (X) ^{de noite} 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 () 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 () 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 () 2- Não ()

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

Por quê? _____

Alergia

alimentar: Não _____

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: Arroz _____

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

Ingestão hídrica: 1 a 2 l copos/dia

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

Finalidade: _____ ni sobe referi

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

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

Não faz uso de insulina



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: 05h Hora: 06:30h	Água 1/2 copo 1 maçã Laminhada 05:10h as 06h Lati e 1 pão e leite integral e margarina		
Colação Local: Hora:	—		
Almoço Local: 13h Hora:	Feijão 1 concha Arroz 2 colheres de servir Salada crua qd tem Frango grelhado ou carne ou peixe Sopa as vezes		
Lanche Local: Hora:	—		
Jantar Local: 18h Hora:	como o almoço ou sopa		
Ceia Local: Hora:	—		

Recordatório

06/05

Vinícius Matias

1 maça

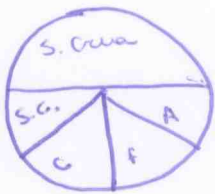
— " —

- café e 1 leite desnatado
- 4 biscoitos cream craker integral
-

10 h suco de goiaba e 1 adoçante

Almoço 12 h
13 h

- arroz e colheres 1 A
- feijão e carne 112 porção
- frango, peixe ou carne
-

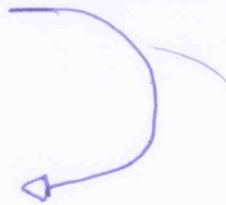


— " —

15 h suco e 1 balaço

18 h

mingau



10/09/11

NOME: NIVALDA MATIAS DOS SANTOS

NASC.: 11/06/37

Diabetes + Pressão Alta.

Peso Atual = $\frac{57,9}{58,5}$ Kg

Recordatório

Desjejum = Água + 1/2 Maçã + 01 fatia de pão
7:30 leite ~~de café~~

lanche = Banana ou mingau ou pedaço de biscoito integral
10h

Almoço = $\left\{ \begin{array}{l} \text{Peixe Assado no forno} \\ \text{ou} \\ \text{Frango grelhado ou carne} \end{array} \right.$
12:30h
12- Alface, Verdura cozida | Agrião
Arroz | Feijão

lanche: —

* 17h - sopa de pão

Jantar: arroz, carne

* 19h

ceia - mingau aveia.



GG

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30 / 04 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Simone Romas da Encarnação dos SantosData de Nascimento: 17 / 12 / 69 Idade: 41 Est. Civil 1- S () 2- C (X) 3- D () 4- V ()Naturalidade: Caboto SSA Procedência: Caboto Sexo 1- M () 2- F (X)Telefone: 8102 2608 Ocupação: -Função: diarista 2x semana 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 (X) 3- 3º grau () 4- Pós-graduação ()

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

Entre as alternativas como você classificaria a sua raça?

1- Branca () 2- Negra (X) 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 () 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)							
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: _____ N° 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 (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 ()	8- Irmãos (X)	13- Ninguém/não sabe ()	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos (X)	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 (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim (X)	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim (X)	2- Não ()	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim (X)	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim (X)	2- Não ()	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não (X)	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (X)	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 (X) 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

Pressão Alta

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

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

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

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

Com que idade teve a primeira menstruação? 11 anos

Já esteve grávida? 1- Sim (X) 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? 4 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 4 partos - 03 filhos

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	VDN	Dentição	Imcompl
Olhos		Pele	
Mucosas	Hipo +/IV	Unhas	-
Boca	-	Abdômen	-
Língua	-	Extremidades	-
Gengivas	-	Articulações	Dores

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

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

22/23/ nov/10

EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)	EXAMES	VALORES ENCONTRADOS (mg/dl)
Hemoglobina	11,10 (N)	HDL-C	45 OK
Hematócrito	35,4	Triglicérides	160 (↑)
Leucócitos		Uréia	29,2 OK
Glicemia	JEJUN = 123 / PÓS PRAND. = 145	Creatinina	0,6 OK
Colesterol Total	218 (↑)	Uréia	
LDL-C	141 (↑)	Creatinina	

TSH - Normal - T4 - Normal
 Anti-tireoglobulina = normal

Ac. Úrico = 5,7 - OK

* Hipocromia e microcitose (hemácia) = Anemia
 Sumário Urina - OK

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
30/04/11	179	1,74 ^{3,0975}	59,12		
28/05/11				126	158
18/06/11	172			125	160
16/07/11	165				
06/08/11	164				
10/09/11	160				
08/10/11	153		49,39		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

ABD.

ABD.

136

135

Obesidade

Reserva P = 179,00



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

9. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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 (X) 2- Assado () 3- Grelhado () 4- Frito ()

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 () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? 4 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 (X)

4- Ruim () 5- Muito ruim ()

as vezes



Atividade de avaliação e monitoramento de alimentos 10/20

10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	café e leite, pão com margarina		
Colação Local: Hora:	-		
Almoço Local: Hora:	arroz feijão carne ou frango Sopa		
Lanche Local: Hora:	-		
Jantar Local: Hora:	como café da manhã		
Ceia Local: Hora:	café e leite		

Sint facilidade
Salada crua

Gosta: Pão

Recordatório

Simone

06/08

- leite da manhã

- 2 fatias de pão integral
- café e leite desnatado
- 1 fruta

- 10h 1 fruta

- 12h

Recordatório Alimentar

Hora	Local	Preparação	Alimento	Quantidade
8:09	Casa	Cozido	Café c/pos	meia concha de café 2 pães c/maionese
12:19	Casa	Cozido	Feijão c/feijão carne	2 conchas de feijão 1 porco de carne
8:00	Casa	Cozido	Café c/pos leite	1 concha de café e 2 pães
8:26	Rua	Cozido	Feijão c/maionese	2 conchas médias de feijão 2 col. sopa de maionese
14:00	Casa	Cozido	bolota doce c/ café e leite	meia concha de café uma bolota e mel
16:00	Casa	Cozido	Café c/pos	3 pães c/maionese
19:00	Casa	Cozido	Feijão com maionese	1 concha de feijão 3 pães de maionese
13:20	Casa	Cozido	Café c/pos	3 pães c/maionese
8:31	Casa	Cozido	Feijão com maionese	1 concha de feijão 3 pães de maionese
12:00	Casa	Cozido	Café c/pos	1 copo de leite c/leite 1 bolacha
10:20	Casa	Cozido	Feijão c/maionese	2 col. grande de maionese e 2 col. de feijão
19:00	Rua	Cozido	fruta	uma maçã
20:00	Rua	Cozido	leite/pos	meia concha de café/leite 1 pão
8:30	Casa	Cozido	fruta	1 maçã
13:00	Casa	Cozido	Café c/pos	3 pães sem café
18:30	Casa	Cozido	Feijão c/maionese	2 conchas de feijão/2 pães de carne



Simone Ramos
16 horas

Desjejum = 2 fatias pão integral

1/2 caneca café e leite desnatado

2 colh. chá açúcar e compote de doçante

Lanche = fruta / iogurte

Almoço = 1 prato gr. de salada

Arroz = 03 colh. sobremesa

Feijão = 1/2 concha

carnes = 1/2 bife

2 pedaços fango (d. carne)

fruta ou meio açúcar pouco.

lanche = fruta ou meio

lunch = 1/2 caneca café e leite
ou pão integral (01 fatia)

ou sobm. integral

ou sopa ou aipim

ceia = café e pão integral



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18 / 06 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jacilma Conceição da Cruz

Data de Nascimento: 20 / 08 / 81 Idade: 29 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 3602.9682 Ocupação: Do lar

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)							
Outro:							

Há quanto tempo faz uso de bebidas alcoólicas? _____

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

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

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

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

Tabagismo

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

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

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



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não (X)

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 (X)

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

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

Insônia

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

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 ()	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 (X)	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim (X)	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? _____ anos

Já esteve grávida? 1- Sim () 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? *4* 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	compl
Olhos		Pele	Não
Mucosas		Unhas	/
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

Ap. Gastrointestinal

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

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

RIL 8 em 8 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	

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
18/06	90,5	1,56	37,19		
18/07	90,5				

PESO IDEAL OU DESEJADO:



8. PERCEPÇÃO

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

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

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

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

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

9. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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

Café manhã () Almoço () Jantar ()

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

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

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

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

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

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

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

Por quê? _____

Alergia

alimentar: _____

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

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

Finalidade: _____

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

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora: 07:00	café preto		
Colação Local: Hora:	—		
Almoço Local: Hora: 14:00 casa	arroz ou macarrão feijão carne (calabresa, mortadela, salsicha, corcova de brela) + pão Salada crua		
Lanche Local: Hora:	— café preto		
Jantar Local: Hora: 20h	como o almoço		
Ceia Local: Hora:	—		

Estuda à noite

Recordatório 16/07

Jacilma Lencina da Cruz

← café preto e açúcar

10:30h - misto quente
refrigerante

18:30h carne de sertão frita + calabresa
feijão e farinha

Erros

1. SI café da manhã
2. refrigerante
3. SI almoço
4. fritura
5. Horários
6. n: refeição

7. Qualidade