



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30 / 04 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Raquel de Santana dos Santos

Data de Nascimento: 12 / 05 / 85 Idade: 25 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 3602 9615 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 () (Parda)

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? _____

obj. Perda Peso

Etilismo

Você ingere bebida alcoólica? 1- Sim () 2- Não ()

Tipo de Bebida	Quantidade	FREQUÊNCIA					Nunca
		1 a 3 vezes /semana	4 a 6 vezes /semana	Diariamente	Até 2 vezes/mês	Raramente	
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- 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 ()	4- Mãe (X)	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: Fez cirurgia de tromboflebitides

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 ()	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? _____ 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	/	Dentição	-
Olhos		Pele	-
Mucosas		Unhas	ambos local
Boca		Abdômen	-
Língua		Extremidades	-
Gengivas		Articulações	-

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____ *diar alterada*

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 (cm)	CQ (CM)
30/04/11	71,5	165 ^{2,72m}	26,26	91	
28/05/11	71,1	165	26		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

67 kg

Desejado = 55 kg = 20,20 kg/m²

Deseja emagrecer 3 a 4 kg



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

9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã (X) 2- Colação () 3- Almoço (X) 4- Lanche (X) 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 () 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? _____ 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: verdura _____

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 ()



curso as ia noite

2 pessoas

10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	leite ou suso + pão e manteiga ou queijos		
Colação Local: Hora:	—		
Almoço Local: Hora:	feijão, macarrão ou arroz, carne de frango ou peixe, ou frango fritado farinha Suso natural		
Lanche Local: Hora:	Biscoitos + suso		
Jantar Local: Hora:	como o almoço ou café da manhã		
Ceia Local: Hora:	— pão e suso ou leite		



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Eliana Santana dos Santos

Data de Nascimento: 30/12/90 Idade: 20 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

Naturalidade: Somões Filho Procedência: Coabato Sexo 1- M () 2- F ()

Telefone: 3602.9615 Ocupação: Estudante Carga horária de trabalho / dia _____ h

Função: _____ 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? _____

Duração/min.: _____ Há quanto tempo? _____

Redução Alimentar

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- 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 ()	13- Ninguém/não sabe (X)	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 ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	HCOL _____
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	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 ()	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? _____ 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	<i>avulso</i>	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 (X) ↑ () ↓ () Frequência: _____

RIN

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)
<i>30/04</i>	<i>52,2</i>	<i>167</i>	<i>18,7</i>		
<i>28/05</i>	<i>57,8</i>	<i>167^{2,7889}</i>	<i>20,72</i>		

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 (X) 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 (X) 4- Lanche (X) 5- Jantar (X) 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 (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? _____ 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: 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 ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	pão e manteiga e queijo leite ou refrigerante		
Colação Local: Hora:	—		
Almoço Local: Hora:	feijão arroz carne, feijão, peixe pepino, tomate Refrigerante		
Lanche Local: Hora:	fruta ou picolé ou pipoca		
Jantar Local: Hora:	pão ou mingão, leite ou suco ou refrigerante		
Ceia Local: Hora:	—		

Uva; raiz, curuz, mingau, arroz doce



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18/06/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jaciele de Santana Santos

Data de Nascimento: 05/04/86 Idade: 25 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 3602-9615 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 () 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)							
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 () 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 ()	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 (/)	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 (✓) *Aumentando* 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 () Quantas vezes você esteve grávida? 01 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 01 partos

Com que idade você engravidou? 1º gest 24 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 () NÃO

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	

Nutriz -

7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
18/06/11	64,5	^{2,6569} 163	24,27		
10/09	62,1		23,33		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

18 ——— 24,9 — Normal
25 ——— 29,9 — Sobrep.



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: casa Hora: 9:00	- leite leite ou suco - pão manteiga ou queijo	350 ml 02	
Colação Local: casa Hora: 11:00	- fruta ou biscoito cream cracker		
Almoço Local: casa Hora: 14:00	- macanão - feijão - carne / frango / peixe / ovo frito - repolho, pepino, tomate - refrigerante		
Lanche Local: Hora: 17:00*	- pastel frito - ou biscoito cream cracker ou maizena - água / suco *às vezes		
Jantar Local: Hora: 20:00 20:30	- pão igual desjejum ou arroz		
Ceia Local: Hora: 22:00	- leite	250 ml	



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30 / 04 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Zelia maria de Souza

Data de Nascimento: 29 / 09 / 59 Idade: 51 Est. Civil 1- S () 2- C () 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 92916559 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 ()

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 ()

*Grávida
6 meses*

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 () 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 ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos (X)	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 _____

Úlcera (X)

Cirurgias: ca. seio

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 (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 _____

Gastrite Sim (X)

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

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

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

APENAS PARA O SEXO FEMININO:

Usa anticoncepcional? 1- Sim (X) 2- Não ()

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 ()

Com que idade teve a primeira menstruação? _____ anos

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

Quantas vezes você esteve grávida? 08 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 3 partos + 01 gestação 6 meses

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? _____ / _____ / _____ / _____ / _____

2008 - 2009 = 02 vezes

2010 = 01 vez



5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo	JDN	Dentição	Imcompe
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 (x)

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

REFEPE ANEMIA

2 dias por causa da gravidez

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 *Grávida 6 M*

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
<i>Constante</i>					
<i>5 meses</i> 30/04/11	67,2	1,72	22,71		
<i>6 meses</i> 28/05/11	67,8	1,72	22,91		

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 (X) 2- Colação (X) 3- Almoço (X) 4- Lanche (X) 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 ()

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: não

Intolerância

alimentar: _____

Aversões alimentares: Ácidos

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

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 ()

4- Ruim () 5- Muito ruim ()

Banana - causa azia
Pão



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	suco suco de fruta e 1 pão ou Raiz		
Colação Local: Hora:	Biscoito, queijo ou outra fruta ou Biscoito		
Almoço Local: Hora:	leipão (1 n. grito) e 1 salada arroz peixe salada crua e cozida		
Lanche Local: Hora:	Bolo ou biscoito ou pastel ou sorvete quente		
Jantar Local: Hora:	suco ou leite e 1 pão ou biscoito ou raiz.		
Ceia Local: Hora:	—		



CONDUTA NUTRICIONAL

PARA: Zélia Maria de Souza

DATA: 18/06/2011

CAFÉ DA MANHÃ - 08H

- Antes do café: Água + 01 fruta ou salada de frutas ou 01 suco natural
- Laticínios: leite ou iogurte ou queijo minas, Pão integral ou francês Margarina ou sucos de frutas
- Requeijão cremoso ou queijo branco (minas fescal, ricota, coalho) ou margarina ou manteiga.

LANCHE DA MANHÃ – 10H

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

ALMOÇO – 12 H

- Vegetal A – à vontade
- Vegetal B – 03 a 04 colheres de sopa
- Arroz ou macarrão ou pirão– 02 a 03 colheres de sopa
- Feijão magro – 01 concha média com caldo ou 03 colheres de sopa do grão
- Carne magra – 01 porção
- Sobremesa: fruta ou gelatina ou doce natural da fruta ou 1 copo de suco

LANCHE DA TARDE – 15 H

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

JANTAR – 18 H

- Com base no café da manhã, podendo substituir a fruta por um prato de sopa magra.

CEIA – 21:30H

- Leite com aveia ou mingau ou leite morno

Beber muito líquido durante o dia
Prefira alimentos leves, grelhados, frutas
Evite frituras, gorduras, pipoca, acarajé



LISTA DE SUBSTITUIÇÃO

Com esta lista você poderá substituir os alimentos de forma fácil tomando o seu cardápio cada dia diferente!

GRUPO DOS VEGETAIS

TIPO A (PREFERIR)

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

TIPO B

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

TIPO C

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

GRUPO DOS PÃES

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

**ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO**

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 16 / 07 / 11**1. IDENTIFICAÇÃO**Nome: RUTIVEIDE DA SILVA DE SOUZAData de Nascimento: 12 / 12 / 65 Idade: 45 Est. Civil 1- S () 2- C (X) 3- D () 4- V ()Naturalidade: eaboto Procedência: eaboto Sexo 1- M () 2- F (X)Telefone: 3602-7521 Ocupação: Dona de casa

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 (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 () 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)							
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 () 5- 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 ()

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

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL - PLÁSTICA - LIGOU TROMPAS

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não (X)	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim (X)	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não (X)	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não (X)	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 (X)	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (X)	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não (X)	DTIREO _____

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

2- Sim (X) a. Regular (X) b. Irregular () ALERGIA RESPIRATÓRIA (ASMA) / PRESSÃO ALTA.

Que Tipo? 3- Medicamento (X) 4- Dieta () 8- Chás () 13- Exercício físico () Outros: _____

• ASMA
• PRESSÃO

ARRITMIA CARDÍACA.

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 ()

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

Com que idade teve a primeira menstruação? 14 anos

Já esteve grávida? 1- Sim (X) 2- Não () Quantas vezes você esteve grávida? 05 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 03 partos

Com que idade você engravidou? 1º gest 20 2º gest 3º gest 4º gest 5º gest 6º gest

Qual o período entre um parto e outro? / / / / /

5 anos



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 (X) 8- Diarréia () 9- Obstipação ()

REFLUXO QUANDO COME FARINHA

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	CQ (CM)
16/07/11	95,1	1,65 ^{2,7225}	34,93		
06/08/11	94,4				
30/09/11	95,3				

PESO IDEAL OU DESEJADO:

Peso Desejado = 75 kg

38 ——— 24,9 = NORMAL

25 ——— 29,9 = SOBREP.

30 ——— 34,9 = OB. I

35 ——— 39,9 = OB. II



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 (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 ()

NÃO gosta Beterraba, cenoura



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: CASA Hora: 9:00	- ovos frito no óleo com farinha - café puro ou com leite com Açúcar	02 ovos 15 colh. sopa - 1/2 caneco - 01 colh. sopa cheio Açúcar	
Colação Local: Hora:	—		
Almoço Local: CASA Hora: 13 - 14h	- Feijão - 01 charque, carne, bacon, calabresa Caldo Knorr, sazon - Arroz - sal + caldo Knorr - carne - sertão calabresa + carnes de frango - Farinha ou Peixe Moqueca (2 colheres grandes + carnes)	- 02 conchas média - 04 conchas 2 porções de charque 2" Boli + 1/2 calabrese - 5 colheres grandes	
Lanche Local: Hora: 15:00 - 16:00	- DEPOIS DO ALMOÇO = FARINHA PUFA = 01 colher - FARINHA = 03 colheres grandes		
Jantar Local: Hora: 22:00	IGREJA - 19:00 - Feijão - 01 concha - Arroz - 02 " - Farinha = 01 colh. - Água = 01 copo - 200ml		
Ceia Local: Hora:	—		

Rutilde 06/08/11

Desjejum
6:00h - Biscoito cream cracker = 15 - 20 unidades
- café de leite 1/2 xícara - Adoçante

lanche
10h - lanche ou maçã Adoçante

Almoço = Arroz = 03 colh. de arroz
1/2 conch. feijão
farinha - 01 colh. sopa
Salada Tomate / Alface / cebola / Pimenta
Frango frito / Peixe Moqueca
Água = 300ml

* FEIJÃO: Pouca carne de boi, pouco churrasco SEM KMOOR

* ARROZ: Alho e sal + cenoura

lanche
15h = Suco, abacaxi
05 Biscoitos cream + cracker

Jantar
18h = Arroz = 02 colh.
Feijão = 01 concha
Salada (Tomate / Pimenta / cebola / limão / sal)
Peixe frito
café = 100ml
Água

ceia: _____

Desjejú = cream crocker -5
ou ol pão
café puro

lanche = magã ou wa - às vezes

Almoço = Assado
12-12:30 Arroz / feijão
Salada crua
Água

lanche = biscoito e leite

Jantar = - Feijão / Arroz carne Assado ou corido
17:30 farinha
18h - salada crua à la carte.

classe da Igreja

ceia = leite

* controlar umidade, sair pl. andar.