



## ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 16/07/11

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ROSEANE BORGES DA CUNHA

Data de Nascimento: 23/06/81 Idade: 30 Est. Civil 1- S ( ) 2- C () 3- D ( ) 4- V ( )

Naturalidade: baudeias Procedência: laboto Sexo 1- M ( ) 2- F ()

Telefone: 9972-4699 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 () 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 () JÁ FEZ CAMINHADA E ACADEMIA

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 () NA GRAVIDEZ 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 ( )

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 (x)	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe (x)	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 ( )	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: cesarea - 1

**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 ( )	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 _____

GRANDEZ ATUAL

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? 02 vezes

Quantos partos de crianças vivas ou mortas? 01 partos ESTA GESTANTE DO 2º

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 (X)

ASIA - ALIMENTO

Outros: \_\_\_\_\_

Se Obstipação: Consistência: SECA ENDURECIDA Aspecto: \_\_\_\_\_

Ritmo Urinário: Normal ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) Frequência: \_\_\_\_\_

## 6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL - TRAZER

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	90,9	1,62 <sup>2,62m</sup>	34,63		
06/08	89,6		34,19		

2 meses  
3 meses

PESO IDEAL OU DESEJADO:

\_\_\_\_\_

Peso antes Gravidez = 88  
IMC = 33,53

Pressão habitual = 110x70  
Atual = 130x90



## 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: 6-7h	- 5:30 - Leva filha no pronto em jejum - Pão ovo <sup>Frito marg.</sup> ou queijo ou presunto - Suco polpa	02	
Colação Local: Hora:	_____		
Almoço Local: CASA Hora: 11h	- Arroz - Feijão - carne / frango (cozidos) - Farinha - caldo - Refri / Água	01 colher semi-grande 02 " " 01 BIFE / 02-3 ped. coz. <del>3</del> 300ml	
Lanche Local: Hora: 15	Pipoca / 01 pote - sal e manteiga Sorvete / 300ml Bolo / cachorro quente / hambúrguer		
Jantar Local: Hora: 18-19h	- Pão - 01 ou - Biscoito cream cracker - 1/2 tira ou - Raiz - Suco Polpa ou leite e achocolatado - 300ml		
Ceia Local: Hora:	_____		

café da manhã 08:30h

- Pão integral (2 fatias) e/ margarina light
- ou quip mussarela
- Suco de polpa
- Frutas:

colação 10h

- iogurte e/ granola

Almoço

- Arroz integral ou macarrão
- Feijão e/ carne
- Frango ou carne ou peixe ou sopa
- 

lanche da Tarde

- frutas ou iogurte ou suco e/ biscois

jantar

como o café da manhã ou Biscois e/ leite e/ achocolatado



## ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30 / 04 / 11

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelita Rosário Ramos da Encarnação Alves

Data de Nascimento: 03 / 12 / 40 Idade: 40 Est. Civil 1- S ( ) 2- C (X) 3- D ( ) 4- V ( )

Naturalidade: Pobato Procedência: Pobato Sexo 1- M ( ) 2- F (X)

Telefone: 812.8644 Ocupação: Auxiliar Serviços Gerais

Função: \_\_\_\_\_ Carga horária de trabalho / dia 6 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 (X) 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 (X) 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? \_\_\_\_\_ Regular: 1- Sim ( ) 2- Não ( )

Com que frequência semanal pratica? \_\_\_\_\_

Duração/min.: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

#### 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 (X) 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 (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 (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 (X)	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 (X)	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim ( )	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: \_\_\_\_\_

**APENAS PARA O SEXO FEMININO:**

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

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 ( )

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? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Está na menopausa?

1- Sim ( ) 2- Não ( )

*1 aborto*

Quantas vezes você esteve grávida? 3 vezes





Depressão  
+ 1 ano

### 5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo	VDU	Dentição	Incempl
Olhos	-	Pele	-
Mucosas	normal	Unhas	-
Boca	-	Abdômen	-
Língua	-	Extremidades	-
Gengivas	-	Articulações	-

Hipertensão mancha branca

### Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ( )

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

→ amaciado a alimentos (filinha, mamão, manga abóbora, quibe...)

Outros: \_\_\_\_\_

Se Obstipação: Consistência: \_\_\_\_\_ Aspecto: RTU

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	122,2	174	40,36	≤ 100	

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 (X) 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 (X) 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 ( )  
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 ( )

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? 5 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: alimentos laxantes

Aversões alimentares: fiogods

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

Ingestão hídrica: 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 ( )



**CONDUTA NUTRICIONAL**

**PARA: Joselita Ramos da Encarnação Alves**

**DATA: 28/05/2011**

**CAFÉ DA MANHÃ - 07 a 08H**

- Antes do café: Água + 01 fruta ou salada de frutas ou 01 suco natural sem açúcar
- Leite desnatado com pouco café – 01 xícara
- ½ a 01 porção do grupo de pães (preferir o integral)
- Requeijão cremoso light ou queijo branco (minas fescal, ricota, coalho) ou patê light (fazer com requeijão cremoso light) ou margarina light.

**LANCHE DA MANHÃ – 10H**

- Água
- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte light ou gelatina diet ou salada de frutas.

**ALMOÇO – 12 a 13H**

- Vegetal A – à vontade
- Vegetal B – 03 a 04 colheres de sopa
- Arroz ou macarrão ou farinha ou pirão – 02 colheres de sopa (tentar incluir o integral)
- Feijão magro – 01 concha pequena com caldo ou 02 colheres de sopa do grão
- Carne magra – 01 porção
- Sobremesa: fruta ou gelatina light ou ½ copo de suco

**LANCHE DA TARDE – 15 a 16H**

- Água
- Suco natural ou água de coco ou fruta ou iogurte light ou gelatina diet ou salada de frutas.

**JANTAR – 18 a 19H**

- Com base no café da manhã, podendo substituir a fruta por um prato de sopa magra OU 02 frutas e 01 iogurte light.

**CEIA – 21:30H**

Se necessário com base nos lanches

Utilize adoçante artificial em substituição ao açúcar e quando necessário.

*Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida*



# ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18 / 06 / 11

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: m<sup>o</sup> Nelia Gonçalves

Data de Nascimento: 04 / 11 / 60 Idade: 50 Est. Civil 1- S () 2- C ( ) 3- D ( ) 4- V ( )

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

Telefone: 3602 7204 Ocupação: \_\_\_\_\_ Carga horária de trabalho / dia 8 h

Função: Auxiliar Serviços Gerais

Tem atividade extra? 1- Sim ( ) 2- Não () Com que frequência semanal? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Duração/min.: \_\_\_\_\_

### 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	Rara mente	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? \_\_\_\_\_

OBS. Perdeu o filho há ± 1 ano



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 ( )	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 ( )	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**

VOCE 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? 03 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? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 filhas



### 5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo	/	Dentição	incompleta.
Olhos		Pele	/
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

#### Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ( )

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

Outros: \_\_\_\_\_

Se Obstipação: Consistência: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Ritmo Urinário: Normal ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) Frequência: \_\_\_\_\_

Pouco Refluxo ←  
só jantava à noite

RTU

### 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	

Uai  
Trezze

### 7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
18/06	55,5	1,47 <sup>2,1609</sup>	25,68		
16/07	54,2		25,08		
06/08	54,7				
30/09	54,1				
08/10	53,4		24,71		
05/11	52,8		24,43		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

54Kg



## 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 ( )  
Percepção corporal: Como você se sente em relação ao seu corpo?  
1- Satisfeito ( ) 2- Insatisfeito (X) 3- Indiferente ( ) *Barriga*  
Percepção situação de saúde: Como você classifica a sua saúde?  
1- Muito boa ( ) 2- Boa (X) 3- Regular ( ) 4- Ruim ( ) 5- Muito ruim ( )

## 9. ANAMNESE ALIMENTAR

Refeição/dia: 1- Café manhã (X) 2- Colação ( ) 3- Almoço (X) *sempre* 4- Lanche ( ) 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 (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 ( ) 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: *marisco, carne de porco*  
Aversões alimentares: \_\_\_\_\_  
Apetite atual: 1- Normal (X) ↑ ( ) ↓ ( ) Ingestão hídrica: *3 a 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 ( ) 3- Regular (X)  
4- Ruim ( ) 5- Muito ruim ( )



### 10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
<b>Desjejum</b> Local: <i>casa café pronto</i> Hora: <i>07:00</i>	<i>pão e manteiga, ou biscoito e café</i>		
<b>Colação</b> Local: Hora:	—	<i>melancia melão</i>	
<b>Almoço</b> Local: Hora: <i>12:30</i>	<i>feijão arroz mandioca</i> <i>↓ salada ↑ salada crua</i>		
<b>Lanche</b> Local: Hora:	—	<i>ovo frito</i>	
<b>Jantar</b> Local: Hora: <i>19:00</i>	<i>sopa de legumes</i> <i>café e leite + <del>café</del> pão e manteiga</i>		
<b>Ceia</b> Local: Hora:	—		

*gineco indicação chá de amora*



13/07/11

8:30  
 café da manhã - 3 biscoitos 1/2 banana da terra  
 9:45 - 1 copo de água  
 10:50 1 laranja  
 12:00 almoço feijão arroz, peixe e bananas  
 12:35 1 copo de água  
 2:00 1 copo de água  
 2:55 - 1 xícara de café  
 5:15 - 1 colher de cacada  
 6:00 - 1 copo de água  
 6:40 - sopa

9:20 - 4 biscoitos c/ café

14/07/11

~~café~~

8:19

café da manhã - 4 biscoitos  
 10:24 - 1 c/ de água  
 12:35 almoço - arroz branco 02 ovos cozido, salada  
 2:39 - 1 c/ de água  
 16:3 1 c/ 11 água  
 18:35. macanão c/ galinha assada  
 21: 1 c/ de suco 3 biscoitos

15-07/

8:53 - café c/ biscoito  
 10:49 - 1 c/ de água  
 12:30 - arroz e feijão  
 1:10 - 1 laranja  
 2:00 1 copo de água  
 2:25 - 05 Jujubas  
 4:45 - 1 c/ de água  
 6:35 - sopa  
 9:21 - café

# Receita

me Melia Gonçalves  
06108

café manhã  
quadrado

- pão e o queijo + presunto
- café e o leite integral  
desnatado

10h - 1 maçã

- 12h
- macarrão
  - carne assada
  - salada e o cenoura, repolho
  - 1 copo de refrigerante

15h -

19h 1 Tangerina

## Erros:

08/10/11

1. Refrigerante → Parou de tomar
2. mo de refresco → corrigido já fez os lanches
3. Adoçante → reduziu a quantidade
4. Frutas → já come frutas



camisa M

## ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Miraculdes Silva Vieira

Data de Nascimento: 28/10/73 Idade: 37 Est. Civil 1- S ( ) 2- C (x) 3- D ( ) 4- V ( )

Naturalidade: Foz de Iguaçu Procedência: Itaipava Sexo 1- M ( ) 2- F (x)

Telefone: 99257224 Ocupação: Do lar

Função: \_\_\_\_\_ Carga horária de trabalho / dia \_\_\_\_\_ h

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

Qual? Percepção / Arteriomato 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 ( ) x) Parda

Renda familiar: 1- 1 a 2 SM ( ) 2- 3 a 4 SM (x) 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 (x)

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)			<u>NÃO</u>				
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 ( )	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai (X)	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 (X)	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	HCOL _____
Angina	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	ANGINA _____
Infarto	3- Pai (X)	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 (X)	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 (X)	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 (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 (A)

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 ( )

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 (X) 2- Não ( )

Quantas vezes você esteve grávida? 2 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? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*3 filhas → 2 filhas grávidas*



### 5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	-	Dentição	
Olhos	-	Pele	-
Mucosas	Hipocrômicas + IV	Unhas	Quebra local
Boca	-	Abdômen	-
Língua	-	Extremidades	-
Gengivas	-	Articulações	-

#### Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ( )

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

Outros: \_\_\_\_\_

Se Obstipação: Consistência: \_\_\_\_\_ Aspecto: diar. alternadas

Ritmo Urinário: Normal ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) Frequência: \_\_\_\_\_

*Apresentando  
Peritônio*

### 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

*Obj. Perda de peso*

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC (cm)	CQ (CM)
30/04/11	75,6	1,67	27,10	93	106
28/05/11	76,3	1,67 <sup>2,7889</sup>	27,35	91	106
18/06/11	75	1,67	26,89		
16/07	75,4				
10/09	73,9			89	104
05/10	74,0		26,53		

**PESO IDEAL OU DESEJADO:**

65 kg

*abd.*

*meta inicial 24,9 = 69 kg*

*abd*

*89*

*c. cintura 91 cm*

*c. abd. 98 cm*



## 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 (✓) *code*

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? 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: - água

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

Ingestão hídrica: 2 litros 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
<b>Desjejum</b> Local: Hora:	2 pães e 1 manteiga (margarina) café e 1 leite 200 ml		
<b>Colação</b> Local: Hora:	—		
<b>Almoço</b> Local: Hora: 12h	arroz 4 col farinha 2 col sopa feijão 3 col carne au tempo A	Raramente molida salada, pepino, pepino verdura coz. Refrigerante 1 copo	
<b>Lanche</b> Local: Hora:	Se tiver doce		
<b>Jantar</b> Local: Hora:	como o café da manhã ou suco		
<b>Ceia</b> Local: Hora:	—		

Gosta : muito feijão

Domingo / 15/05

Tenha / sair para  
pregações  
17/05

Quinta / passei o dia  
em casa  
19/05

Miraildes

8:15 - fuzuz café e/  
leite fruta ou suco

10h:  
1:35. lasanha - acom-  
panhado com macarrão  
e molhada com salsicha  
e purê de batata  
- repetir  
1 copo de refrigerante

15h -

19:00 - feijão tropeiro  
salada de verdura  
com maionese e ovo  
lasanha <sup>ou</sup> carne <sup>ou</sup> arroz  
salada de repolho  
1 copo de refrigerante

8:15. 1 pão café e/leite

12:30. 1 porrete 2 bolos  
metade de 1 pirulito  
1 risoles  
1 porrete 2 bolos  
1 copo de água

19:30. arroz - feijão  
farinha, 3 peda-  
ços pequenos de  
mortadela - gali-  
nha cozida sendo  
1 pe de galinha e  
uma coxa, gali-  
nha assada

11:45. 1 pão c/mam  
teiga café e/leite

6:10 2 colhurs de mingal  
maizena

10:45. 2 pães e/manteiga  
2 horas. arroz feijão farinha  
frango cozido  
1 copo de suco artificial  
doce de goiaba

6:25. 2 pães café e/leite

9:10. 2 pedaço de buse.  
e/ farinha

1 prato de sopa  
1/2 copo de suco

1/2 chucara de carne

1/2 copo de água

Miraildes Silva Silva





## ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18/06/11

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Edileuza de Pinho

Data de Nascimento: 12/05/77 Idade: 34 Est. Civil 1- S ( ) 2- C (X) 3- D ( ) 4- V ( )

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

Telefone: 3602-7412 Ocupação: Agente de Saúde

Função: 9902-5579 Carga horária de trabalho / dia 08 h

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

Qual? \_\_\_\_\_ Com que frequência semanal? \_\_\_\_\_

Atividade: 1- Leve ( ) 2- Moderada (X) 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 ( ) 2- 3 a 4 SM (X) 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 (X) 2- Não ( ) *TRABALHA CAMINHANDO PELA COMUNIDADE*

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 ( ) *ANTES DA GRAVIDEZ*

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)	<u>04</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? Gravidez *Esteatose hepática*

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- Cigarrrilha ( ) 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 <i>AUO/NO</i>
Diabetes	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	DM <i>IVA</i>
Colesterol alto	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	HCOL <i>US</i>
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 <i>NO (MIS)</i>
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 <i>Falecida - fâncuas</i>
Osteoporose	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	OSTEOP
Outros	3- Pai ( )	4- Mãe (✓)	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	OUTROS <i>Tireóide hiper</i>

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 (✓)

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? *15-16* anos

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

Quantas vezes você esteve grávida? *01 no momento* 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? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*GESTANTE*

*Gastrite crônica - ✓*



## 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 (X) 5- Náusea (X)

6- Vômito (X)

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

*Pouco apetite*

Outros: \_\_\_\_\_

Se Obstipação: Consistência: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Ritmo Urinário: Normal ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) Frequência: \_\_\_\_\_

## 6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

*TRAZER*

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)
18/06/11	82.4	<del>2.49</del> 1.73	27.53		

**PESO IDEAL OU DESEJADO:**

Peso usual = 75

Peso Atual = 82

*Gainho de ≈ 1 Kg/mês*



## 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 ( ) ↑ ( ) ↓ ( )

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

Ingestão hídrica: \_\_\_\_\_ copos/dia

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: 7h	Misto - pão francês ou cuscuz café puro	02 ou 1	
Colação Local: Hora: 10h	fruta - ou melo Banan de cereal iogurte		
Almoço Local: Hora: 13-14h	- arroz - feijão - salada - carne / frango / peixe - farofa de feijão verduras arroz de ervilha doce Meli ou melo		
Lanche Local: Hora:	Banan de cereal		
Jantar Local: Hora: 19:00	Arroz e carne ou frango salada ou arroz e bife ou pão e s. e presunto	102	
Ceia Local: Hora: 20:10	Nescauzinho ex		

Azia

url



### ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Normaci Soares de Campos Reis

Data de Nascimento: 29/09/70 Idade: 40 Est. Civil 1- S ( ) 2- C () 3- D ( ) 4- V ( )

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

Telefone: 3602 960x Ocupação: nao so lou

Função: do lou Carga horária de trabalho / dia \_\_\_\_\_ h

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

Qual? laminhade 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? laminhade

Com que frequência semanal pratica? 3x Semanal Regular: 1- Sim ( ) 2- Não ( )

Duração/min.: 20 min Há quanto tempo? 2 anos

##### 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)					<input checked="" type="checkbox"/>		
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 (X) 2- Não ( )

Se afirmativo: 1- Casa (X) 2- Trabalho ( )

*marido*

**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 (X)	4- Mãe ( )	8- Irmãos (X)	13- Ninguém/não sabe ( )	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai (X)	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	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 (X)	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe ( )	CA _____
Osteoporose	3- Pai ( )	4- Mãe (X)	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 (X)	2- Não ( )	INFART _____
Obesidade	1- Sim ( )	2- Não ( )	OBES _____	Derrame	1- Sim ( )	2- Não ( )	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim ( )	2- Não (X)	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 _____

*Insuf. Cardíaca*

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: *marido*

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 (X) 2- Não ( )

Com que idade teve a primeira menstruação? \_\_\_\_\_ anos

Já esteve grávida? 1- Sim ( ) 2- Não ( ) Quantas vezes você esteve grávida? *2* 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? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



*mãe anêmica*

### 5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	<i>Queda</i>	Dentição	<i>Imcompl.</i>
Olhos	-	Pele	- <i>micose pé</i>
Mucosas	-	Unhas	-
Boca	-	Abdômen	-
Língua	-	Extremidades	-
Gengivas	-	Articulações	-

### Ap. Gastrointestinal

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

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

Outros: \_\_\_\_\_

Se Obstipação: Consistência: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Ritmo Urinário: Normal (X) ↑ ( ) ↓ ( ) Frequência: \_\_\_\_\_

*REN*

### 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	

*28/05 - Ultrassonografia Tireoide - Discreta alteração na textura. NÃO NÓDULO.*

### 7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
<i>30/04/11</i>	<i>78</i>	<i>1,63</i>	<i>29,35</i>	<i>&lt; 100</i>	
<i>28/05/11</i>	<i>79,5</i>	<i>1,63</i>	<i>29,92</i>	<i>103</i>	<i>112</i>
<i>18/06</i>	<i>79,9</i>	<i>1,63</i>			
<i>16/07</i>	<i>79,7</i>		<i>29,9</i>		
<i>06/08</i>	<i>78,8</i>				
<i>08/10</i>	<i>81,10</i>				

**PESO IDEAL OU DESEJADO:**

*70 Kg inicial*

*PER*

*IMC 29,9 = 66,15Kg*

*mapa*





## 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 (X) 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 (X) 4- 2 meses ( ) 5- 3 meses ( ) 6- Não sabe ( )

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? 5 pessoas

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

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

Por quê? \_\_\_\_\_

Alergia

alimentar: nen

Intolerância

alimentar: -

Aversões alimentares: -

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

Ingestão hídrica: 2 litros 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 ( )

5 pessoas na casa



## 10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
<b>Desjejum</b> Local: Hora:	café e leite, pão francês e montagem de doces e sobremesa		
<b>Colação</b> Local: Hora:	raramente } <del>com</del> fruta		
<b>Almoço</b> Local: Hora:	arroz ou macarrão farinha feijão carne ou frango ou peixe salada (salada tomata, pepino)		
<b>Lanche</b> Local: Hora:	Biscoito, sorvete ou pão, ou biscoito ou pipoca		
<b>Jantar</b> Local: Hora:	café e leite, pão integral forma (4 fatias) ou sopa		
<b>Ceia</b> Local: Hora:	—		

Gosta de farinha

# Recapitulação Alimentar

Horário	Local	Preparação	Alimento	Quantidade
<b>MONDÁRIO</b>				
08:10	em casa	Preparar amendoim	café com pão <sup>1 leite</sup>	1 xícara com 1 pão
10:15	em casa	no liquidificador	Suco de laranja <sup>que não tenha açúcar</sup>	1 copo
12:30	em casa	Preparar cozido	Feijão com carne <sup>arroz / feijão / verdura</sup>	1 prato pequeno
19:25	em casa	" "	café com pão <sup>1 leite sem açúcar</sup>	1 xícara e 7 biscoitos
<b>TERÇA</b>				
08:00	em casa	Preparar amendoim	café com pão	1 xícara e 1 pão
10:20	" "	" "	Suco de laranja	1 copo
12:45	" "	" "	Feijão com Galinha e arroz	1 prato grande
15:25	" "	" "	Suco com Biscoito	1 copo e 10 Biscoitos
20:10	" "	" "	Feijão com leite	1 prato Pequeno
<b>Quarta</b>				
08:05	" "	" "	Suco com leite <sup>eleito</sup>	1 xícara e 8 biscoitos
10:30	na rua	na rua	<u>Sorvete</u>	1 uma bola
12:00	" "	Preparar em casa	Macarrão com molho	1 prato grande
19:10	" "	" "	Vitamina de banana	1 copo grande
<b>Quinta</b>				
07:00	em casa	Preparar em casa	Biscoito	1 copo pequeno
10:15	" "	" "	Suco	1 copo
12:00	" "	" "	arroz com carne	1 prato pequeno
19:20	" "	" "	Suco com pão	1 copo e 1 pão
<b>Sexta</b>				
09:00	na rua	Preparar na rua	<u>Coxinha</u>	1 coxinha
12:20	em casa	em casa	<u>Feijão de leite</u>	1 prato grande
19:10	em casa	" "	" "	" "
<b>Sábado</b>				
08:00	" "	" "	Bolo de leite	3 fatias 1 copo
10:00	" "	" "	Bolo	1 fatia
12:00	" "	" "	arroz com feijão	1 prato pequeno

28/06/11

31

## Reconstrução

Dia	Horario	Local	Preparação	Alimento	Quantidade
30-05	8:hs	em casa		café com leite	1 xícara e 7 biscoito
" "	12:45hs	" "		peixe com carne	1 prato
" "	20:00hs	" "		café com leite e leite	1 xícara e 10 biscoito
31-05	8:20hs	casa		Suco com biscoito	1 copo e 15 biscoito
" "	10:00h	"		Salada de fruta	1 copo
" "	13:05hs	"		Arroz com carne	1 prato
" "	19:45hs	"		suco com pão	1 copo e 1 pão
01-06	7:hs	casa		Suco com biscoito	1 copo e 15 biscoito
" "	10:hs	"		fruta	1 fruta
" "	12:00hs	"		Arroz / carne	1 prato
" "	18:05hs	"		Bolo com café	2 fatias 1 xícara
02-06	08:20hs	casa		café com pão	1 xícara e 1 pão
" "	09:00hs	casa		Suco	1 copo
" "	12:05hs	"		Arroz com feijão	1 prato
" "	19:30hs	"		Suco com pão	1 copo e 1 pão
03-06	7:hs	casa		leite com biscoito	1 xícara e 10 biscoito
" "	10:25hs	"		Salada de fruta	1 copo
" "	12:15hs	"		Arroz / carne / salada de espinafre	1 prato
" "	15:00hs	"		Suco com torrada	1 copo e 6 torrada
" "	20:20hs	"		leite com biscoito	1 xícara e 2 biscoito
04-06	8:15hs	"		leite / café biscoito	1 xícara e 20 biscoito
" "	10:30hs	"		Frutas	2 frutas
" "	12:00hs	"		Arroz / salada	1 prato
" "	18:45hs	"		Salada de fruta	1 copo
" "	19:30	"		café com pão	1 xícara / 1 pão

# Recordatório 16/07

- 08h
- leite com leite desnatado (pó)  
1 colher sopa
  - 1 pão de sal e 1 margarina (bucel)
- 10h - Tanguina
- 12:30h
- feijão
  - 2 colheres de sopa de arroz
  - Rixe frito e 1 azeite doce
  - Salada de Tomate
- 15:30h - Suco de abacaxi
- 21h - 2 pedaços de rapim e 1 margarina

17:30h cominhoda

20min

40min +

Desjejum - vitamina de mamão / banana  
 ou  
 7:30h - café e ~~o~~ leite desnatado 100ml  
 pão francês 01 (dormido) - fresco = 1/2 pão  
 margarina beel

Lanche - Suco ou fruta ou iogurte  
 10h

Almoço - Feijão magro - 1/2 concha  
 12-  
 12:30 Arroz integral - 03 colh.  
 Salada - 01 prato  
 Peixe Frito  
 Água

Lanche - Tangerina / laranja  
 15

Jantar - sopa  
 18:30 café e pão  
 ou 4-5 biscoitos

Ceia - Mingau de milho



## ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/04/11

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Selhandria Araujo da Silva

Data de Nascimento: 11/03/1941 Idade: 70 Est. Civil 1- S ( ) 2- C ( ) 3- D ( ) 4- V (X)

Naturalidade: Ibiporã Procedência: lata Sexo 1- M ( ) 2- F (X)

Telefone: 3602 7056 Ocupação: - do lar

Função: - Carga horária de trabalho / dia - 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 (X) 2- 2º grau ( ) 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 ( ) 2- 3 a 4 SM (X) 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 (X) 2- Não ( )

Qual o tipo? Sinistral / caminhada

Com que frequência semanal pratica? 2x semana / 3x semana Regular: 1- Sim ( ) 2- Não ( )

Duração/min.: 1h / 1h Há quanto tempo? 1 ano

#### 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)					X		
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- Cigarilha ( ) 4- Cachimbo ( ) 4- Outros -

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

Por tem esquecimento



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 ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe (x)	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 (x)	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 (x)	ICARD _____
Câncer	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos (x)	13- Ninguém/não sabe (x)	CA _____
Osteoporose	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe (x)	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ( )	4- Mãe ( )	8- Irmãos ( )	13- Ninguém/não sabe (x)	OUTROS _____

Cirurgias: na Irmã

**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 (x)	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 _____

→ Artrrose Joelho

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: \_\_\_\_\_

Pl. colesterol ↑ e Pressão ↑

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 ( )

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? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3 filhos → 1 filha  
miocã





### 5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	NDN	Dentição	Pontu / 10/15
Olhos	-	Pele	-
Mucosas	-	Unhas	-
Boca	-	Abdômen	-
Língua	-	Extremidades	-
Gengivas	-	Articulações	Dores pulso

#### 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	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	IMC	CC	CQ (CM)
30/04	78,8	1,62	30,02	< 100	
28/05	81,6	1,62 <sup>1,624</sup> <del>2,1624</del>	31,48		
18/06	83,4				
16/07	83,4	1,62	31,77		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

60kg - 64kg



## 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 (x) <sup>as vezes</sup> 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 ( )

Café manhã ( ) Almoço ( ) Jantar ( )

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido ( ) 2- Assado (x) 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 (x) 5- 3 meses (x) 6- Não sabe ( )

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? 1 + 1 as vezes 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: \_\_\_\_\_

Aversões alimentares: \_\_\_\_\_

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

Ingestão hídrica: 2 litros 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
<b>Desjejum</b> Local: Hora:	café e leite		
<b>Colação</b> Local: Hora:	iogurte ou laranja ou maçã		
<b>Almoço</b> Local: Hora:	arroz Carne Salada feijão gelado suco		
<b>Lanche</b> Local: Hora:	Bolacha e suco ou guaraná		
<b>Jantar</b> Local: Hora:	café e leite ou bolacha ou pão e manteiga ou queijo ou presunto		
<b>Ceia</b> Local: Hora:	—		

Gostas: leite, bolachas, iogurte

Eritrograma

Hemácias - 4,23

Hemoglobina - 12,10

Hematócrito - 35,70

Vol. Glob. Médio em FL. VCM - 84,40

Hem. " " " PG, MCH - 28,60

C.H. Glob. Média em g/dl. CHCM - 33,90

RDW - Variação do tamanho da HM - 13,90

Leucograma

Leucócitos - 4.200

Plaquetas - 198 mil

Glicose - 87 mg/dl

Coletérol Total - 167,0 mg/dl

Coletérol HDL - 54 mg/dl

Coletérol LDL - 98 mg/dl

Coletérol VLDL - 15 mg/dl

Triglicérides - 77 mg/dl

Silva

Aranyo da

Silva

# Recordatório Alimentar

2 dias

Silvânia

Horário	Local	Preparação	Alimento	Quantidade
segunda 07:00 hs	casa	preparo no fogão	nescafé + leite	1 xícara
10:00	casa	no liquidificador	suco de umbu	1 copo 250 ml
12:00	casa	Preparo cozido	peixe com feijão	1 prato pequeno
19:00	casa	" " "	café com biscoito	1 xícara 200ml e 6 biscoitos
terça 07:00	casa	Preparo em casa	café com biscoito	1 xícara 200ml e 6 biscoitos
20:00	casa	" " "	geléia	1 copo
12:00	"	" " "	peixe com feijão	1 prato pequeno
19:00	"	" " "	molhada	" "
quarta 07:00	"	" " "	café com pão com manteiga	1 xícara 200 e 1 pão
12:00	"	" " "	peixe, arroz, feijão	1 prato pequeno
15:00	"	" " "	Tagarina	1
19:00	"	" " "	molhada, feijão	1 prato pequeno
quinta 07:30	"	" " "	café com leite	1 copo 200 ml
12:00	"	" " "	peixe, feijão, arroz	1 prato pequeno
15:00	"	" " "	geléia	2 copos de 50ml
19:00	"	" " "	molhada e carne	1 prato pequeno
sexta 07:00	"	" " "	suco goiaba	1 copo 200 ml
12:00	"	" " "	Prato de Peixe	1 prato pequeno
19:00	"	" " "	* Sopa	1 prato pequeno
sábado 07:00	"	" " "	CAFÉ	1 copo 200ml
19:00	"	" " "	com pão	1 pão

Por

Handwritten signature

Recordatório

Silvandre

Dia	Horário	Local	Preparação	Alimento	Quantidade
30-05	7:00hs	Casa		Cafe-leite	1 xícara
"	11:30hs	Casa		Pão	1
"	15:00hs	Casa		feijão com arroz e carne	1 porção de cada
"	08:hs	Casa		biscoito e suco	1 copo de suco e 5 biscoitos
"				Cafe-leite e biscoito	1 xícara e 5 biscoitos
31-05	7:30hs	Casa		Cafe <sup>leite</sup> com aimpim	1 xícara de cafe
"/ /	13:30hs	Casa		frango com macarrão	1 porção de cada
"/ /	16:hs	Casa		suco	1
"/ /	20:hs	Casa		um denone	1
"/ /				sopa	1 prato
01-06	8:30hs	Casa	Cafe	Cafe com	1 xícara de
"/ /	12:30hs	Casa	com pão	pão e manteiga	cafe e pão
"/ /	15:hs	Casa		fígado	1 porção de
"/ /	20:hs	Casa		arroz e salada	cada
"/ /				suco	1 copo
"/ /				Wercal com leite	1 copo
02-06	8:30hs	Casa		Cafe / Com	1 copo e um
"/ / /	12:30hs	Casa		leite e pão	pão
"/ / /	15:30hs	Casa		carne	1 porção
"/ / /	20:30hs	Casa		molda com arroz	1
"/ / /				Denone	1
"/ / /				sopa	1 prato
03-06	8:0hs	Casa		suco / com	1 copo e 5 biscoitos
"/ / /	12:hs	Casa		biscoito	1 porção de cada
"/ / /	15:30	Casa		leite / feijão e arroz	1 copo e um
"/ / /	20:30	Casa		Wercal	pão