



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 18 / 06 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antônia Borges Pereira

Data de Nascimento: 27 / 11 / 61 Idade: 49 Est. Civil 1- S () 2- C (x) 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 3602 7269 Ocupação: Coordenação de Escola

Função: _____ Carga horária de trabalho / dia 8 h

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

Qual? trabalho de comunidade 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 (x) 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 () 3- 5 a 6 SM (x) 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					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 () 5- Outros _____

Ex-fumante: 1- Sim () 2- Não (x) 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 ()

Insônia

ni tem sono tranquilo

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 (X)	13- Ninguém/não sabe ()	PRESALT _____
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	DM _____
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos (X)	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 (X)	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 ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: Pai de chagas

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim (X)	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (X)	OBES _____	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()	DERM _____
Pressão Alta	1- Sim (X)	2- Não ()	HAS _____	Anemia	1- Sim ()	2- Não (X)	ANEM _____
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	CA _____	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()	ULC _____
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	OST _____	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()	DTIREO _____

Emocional

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: _____

dieta

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? 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? ____ / ____ / ____ / ____ / ____



condição?

5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo	Queda	Dentição	-
Olhos		Pele	- rosé
Mucosas		Unhas	-
Boca		Abdômen	= gônion
Língua		Extremidades	-
Gengivas		Articulações	-

Ap. Gastrointestinal

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: *RIC todos os dias porim a*
Ritmo Urinário: Normal () ↑ () ↓ () Frequência: *excesso*

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)
18/06	74,8	^{2,7556} 1,66	27,14		
02/08	74,6				
10/09	75,8		27,50		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

muito inicial 40kg
" final 68kg



8. PERCEPÇÃO

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

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

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

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

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

9. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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

Café manhã () Almoço () Jantar ()

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

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

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 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: _____ peixe

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal (X) ↑ () ↓ () Ingestão hídrica: 4 copos 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 (X)



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora: 06:30h	café preto ou 2 bananas		
Colação Local: Hora:	os rezes merende da escola		
Almoço Local: Hora: 13h	feijão arroz 3 colheres bife salada os rezes		
Lanche Local: Hora:			
Jantar Local: Hora: 18h	faz como o almoço e depender do almoço		
Ceia Local: Hora: 20h - 21h	os rezes petiscos		

N gosto de pão
recei

Gosto:
carne



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 06/08/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: me Jose Teles dos Sias

Data de Nascimento: 17/04/85 Idade: 26 Est. Civil 1- S () 2- C (x) 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 3602.9644 Ocupação: -

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 () 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

Prática algum tipo de exercício físico? 1- Sim (x) 2- Não ()

Qual o tipo? famintudo

Com que frequência semanal pratica? _____ Regular: 1- Sim () 2- Não ()

Duração/min.: 1 h Há quanto tempo? há 15 dias

05:00h
06:10h

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

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	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? _____ 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? ____ / ____ / ____ / ____ / ____



5. EXAME FÍSICO

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

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: RUN

Ritmo Urinário: Normal () \uparrow () \downarrow () Frequência: RUN

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	CA (CM)
06/08	80,70	1,66	29,28	109	102
10/09	80,40				
08/10	79,2		28,79		95

PESO IDEAL OU DESEJADO:

91 cm

meta 70Kg



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: Não
Intolerância alimentar: -
Aversões alimentares: _____
Apetite atual: 1- Normal () () () Ingestão hídrica: 1,1 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: 09h	pão francês e margarina 3 ped. suco natural ou artificial (↑)		
Colação Local: Hora: -	-		
Almoço Local: casa Hora: 13:00 às 15h	feijão arroz farinha maquiça ou frango, carne, peixe Salada { oua meio ou refri		
Lanche Local: Hora: -	-		
Jantar Local: Hora: 19h	como o almoço ou como o café da manhã (↑)		
Ceia Local: Hora: -	-		



27/08 vai pesar o cardápio em madureza

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL ADULTO

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 06 / 08 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Mari Jane Pêlo da Silva

Data de Nascimento: 07 / 12 / 81 Idade: 29 Est. Civil 1- S () 2- C (x) 3- D () 4- V ()

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

Telefone: 96 12.4018 Ocupação: - Carga horária de trabalho / dia _____ h

Função: _____

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

Qual? manicure Com que freqüência 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 freqüência 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 (x) 2- Não () Se afirmativo, há quanto tempo: _____ N° cigarros/dia: _____

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

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



Fumante Passivo: 1- Sim () 2- Não () Se afirmativo: 1- Casa () 2- Trabalho ()

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas ()

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

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)	OBES _____
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	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 (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	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 (X)	ICARD _____
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	CA _____
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OSTEOP _____
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()	OUTROS _____

Cirurgias: _____

5. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (X)	DIAB _____	Angina	1- Sim ()	2- Não ()	ANG _____
Colesterol alto	1- Sim (X)	2- Não ()	HCOL _____	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()	INFART _____
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	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? 1 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? ____ / ____ / ____ / ____ / ____

aberto espontâneo



5. EXAME FÍSICO

ÍTEM	OBSERVAÇÕES	ÍTEM	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	Incompl
Olhos		Pele	
Mucosas		Unhas	
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	pelho

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

→ café, banana
bata lá etc

RUN
RUN

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)
08/08	78,5	1,65	28,83		

PESO IDEAL OU DESEJADO:

Peso desejado: 60 Kg

67 Kg



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 ()

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: Não

Intolerância

alimentar: figado, frutos do mar, amido

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

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

Finalidade: _____

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

4- Ruim () 5- Muito ruim ()



10. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora: 07:00h	^{4 folhas} - Pão integral e 1 queijo light ou Aipim 2 pedras - café preto e 1 açúcar		
Colação Local: Hora:	-		
Almoço Local: Hora: 14:30-15h	- feijão e 1 carne - macarrão ou arroz - Salada crua - frango - Água Sobremesa: mousse de limão		
Lanche Local: Hora:	-		
Jantar Local: Hora: 20h.	- café preto - pão ou biscoito ou cuscuz e 1 manteiga		
Ceia Local: Hora:	-		



CONDUTA NUTRICIONAL

PARA: Mari Jane Pita da Silva

DATA: 10/09/2011

CAFÉ DA MANHÃ - 08H

- **A** - Antes do café: Água + 01 fruta ou salada de frutas ou 01 suco natural sem açúcar
 - **B** - Leite em pó desnatado com pouco café ou achocolatado light- 01 xícara
- Pode substituir **A** e **B** por vitamina de fruta com 01 colher de sopa de aveia ou linhaça ou coquetel laxante
- 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 - 13H

- Vegetal A - à vontade
- Vegetal B - 03 a 04 colheres de sopa
- Arroz ou macarrão ou pirão ou farinha - 02 colheres de sopa (tentar incluir o integral)
- Feijão magro - 01 concha pequena com caldo ou 02 colheres de sopa do grão
- Carne magra - preferir as brancas ou soja 01 porção
- Sobremesa: fruta ou gelatina light ou ½ copo de suco ou doce de fruta natural
- Temperar a salada com vinagre ou limão.

LANCHE DA TARDE - 16H

- Água
- Suco natural ou água de coco ou limonada ou fruta ou iogurte light ou gelatina diet ou salada de frutas
- Ou merenda da escola

JANTAR - 18 a 19H

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

CEIA - 21:30H

Se necessário com base nos lanches ou chá.

Utilize adoçante artificial em substituição ao açúcar e quando necessário.

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida



LISTA DE SUBSTITUIÇÃO

Com esta lista você poderá substituir os alimentos de forma fácil e 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



Nutrição e Dietética

- Beiju – 3 unidades
- Banana da terra ou vegetal tipo C – 2 pedaços pequeno

GRUPO DAS FRUTAS

TIPO A (PREFERIR)

- | | | | |
|----------------|-----------------|--------------|---------------|
| • Abacaxi | 2 fatias médias | • Laranja | 1 média |
| • Melão | 1 fatia média | • Carambola | 1 grande |
| • Lima | 2 médias | • Caju | 1 grande |
| • Morango | 10 un médias | • Jabuticaba | 15 unidades |
| • Pêssego | 1 grande | • Maracujá | 2 médios |
| • Goiaba | 1 média | • Tangerina | 1 média |
| • laranja-Lima | 1 média | • Melancia | 1 fatia média |

TIPO B

- | | | | |
|------------------|-----------------|----------|---------------|
| • Ameixa Fresca | 4 un. médias | • Jaca | 4 bagos |
| • Ameixa Amarela | 3 un. médias | • Jambo | 2 grande |
| • Ananás | 2 fatias médias | • Maçã | 1 pequena |
| • Banana-prata | 2 médias | • Mamão | 1 fatia média |
| • Banana-d'água | 1 média | • Manga | 1 pequena |
| • Caqui | 1 pequeno | • Pêra | 1 pequena |
| • Figos | 2 grandes | • Sapoti | 2 médios |
| • Fruta-de-conde | 1 grande | • Uva | 10 unidades |
| • Graviola | 1/2 média | | |



ORIENTAÇÕES GERAIS

- Faça 05 a 06 refeições por dia, com alimentos variados, comendo sempre no mesmo horário, siga a conduta nutricional;
- Coma devagar mastigando bem os alimentos, assim os nutrientes serão melhor aproveitados;
- Procure fazer as refeições em clima de tranquilidade;
- Pratique atividade física diariamente, mínimo de 30min;
- Evite o consumo diário de refrigerantes e sucos artificiais industrializados, bolos e biscoitos doces recheados, sobremesas doces e outras guloseimas.
- Beba bastante água nos intervalos das refeições. Tome sempre 1 a 2 copos de água antes de deitar e 1 copo de água gelada em jejum ao acordar.
- Modere o uso do sal. Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos (mortadela, salame, linguiça etc). Use temperos naturais e pedaços de limão.