

Procurar nome do ano passado

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 07 / 05 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Carine
Carina Rocha da Silva

Responsável: Mari da Rocha Pita

Data de Nascimento: 15 / 08 / 2004 Idade: 4 A
Naturalidade: Pardeias

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

Telefone: 36029035 Ocupação: Estudante Turno: manhã

2. 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? _____

Renda: 2 Salários
familiar mínimos

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas ()
3- Entre 6 e 8 horas () 4- Acima de 8 horas (X)

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

Cirurgias: _____

Pai: 27A

? pt revada
pela us'



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

	1- Sim ()	2- Não ()		1- Sim ()	2- Não ()
Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	Angina		
Colesterol alto		<input checked="" type="checkbox"/>	Infarto		<input checked="" type="checkbox"/>
Obesidade		<input checked="" type="checkbox"/>	Derrame		<input checked="" type="checkbox"/>
Pressão Alta		<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia		<input checked="" type="checkbox"/>
Câncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Úlcera		<input checked="" type="checkbox"/>
Osteoporose		<input checked="" type="checkbox"/>	D. Tireóide		<input checked="" type="checkbox"/>

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: Recepto anterior (2010)

5. EXAME FÍSICO

ÍTENS	OBSERVAÇÕES	ÍTENS	OBSERVAÇÕES
Cabelo		Dentição	
Olhos	<u>Normal</u>	Pele	
Mucosas	<u>"</u>	Unhas	<u>manchas brancas</u>
Boca		Abdômen	
Língua		Extremidades	
Gengivas		Articulações	

U anemia

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 () () () Freqüência: _____

RIV

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

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



7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
09/05	4A 9M	21,1	112	90	90	
30/07	4A 11M	20	112	85	85	
02/08	5A	22	112			
24/08	5A	21	112			

8. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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

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

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

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

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

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

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

Por quê? _____

Alergia alimentar: _____

Intolerância

alimentar: _____



Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () (A) (B) (C)

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim 2- Não () Finalidade: ano passado 2010 proib

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

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: casa Hora: 07:30	neca ou sus 1 copo biscoito ou pão 1/2 manteiga	1 + 1/2 pão	
Colação Local: escola Hora: 12h	merenda da escola ou lanche de casa { biscoito sus doce, necau		
Almoço Local: casa Hora:	feijão branco (1 colher), ou macarrão e arroz, frango (pefere), calabresa verdura salada crua suco de fruta		
Lanche Local: 15h Hora: escola	merenda da escola lanche de casa		
Jantar Local: casa Hora: 18:30h	sopa necau + biscoito ou sopa 6 sus		
Ceia Local: Hora:	_____		

Não gosta muito de carne



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/07/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Gabrielly Magali Araujo Matias

Responsável:

ELI MEIRE NILA (TIA) / EDILA MAGALI ARAUJO

Data de Nascimento: 10/11/2000 Idade: 10A

Naturalidade: Salvador

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

Telefone: 3602-0090 Ocupação: Estudante Turno: Tarde

2. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

Pratica algum tipo de exercício físico? 1- Sim () 2- Não (X) Anda de bicicleta

Qual o tipo? _____

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

Duração/min.: _____ Há quanto tempo? _____

Sono

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

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

Roncos: 1- Sim () 2- Não (X)

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

Cirurgias: _____



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	Angina	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	Infarto	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	Derrame	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	Anemia	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
Câncer	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	Úlcera	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não (<input checked="" type="checkbox"/>)

OBS: Açúcar já esteve de 128 mas normalizou

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

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

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

Outros: *suspeita de cisto na epiglote*

5. EXAME FÍSICO

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

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

cisto na epiglote - dificuldade de engolir

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

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



7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
30/07/11	10A 1	60	1,50	97	IMC 26,6	Quase 11 Anos, calcular IMC
						Acima de 97. P/ID
24/09		60Kg	1,50			

8. ANAMNESE ALIMENTAR

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

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()
Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

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

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

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

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

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

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

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

Por quê? _____

Alergia alimentar: _____

Intolerância

alimentar: _____



Aversões alimentares: mingau, leite, verduras

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

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

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

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora: 9:30 10h	pão de sal e manteiga café e leite	01 01 caneca	
Colação Local: Hora:	—	/ suco	
Almoço Local: Hora:	—	/ Almoço	
Lanche Local: escola Hora: 15h	Merende escolar Bala chiclete salgad.		
Jantar Local: Hora: 17h	Arroz 3 colh. Feijão 01 conch. carne 01 ped. farinha	/ 01 pão e mortadela / café e leite - 01 caneca	
Ceia Local: Hora: 21:30	pão e manteiga café e leite sopa	/ suco	



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 27 / 08 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

ANA LUISA MELO RIBEIRO

Responsável:

JESSICA ROCHA MELO

Data de Nascimento: 15 / 11 / 2006 Idade: 04

Naturalidade: SALVADOR

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

Telefone: 3601-5115 Ocupação: ESTUDANTE Turno: vesp.

2. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

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

Qual o tipo? BALÉ

Com que frequência semanal pratica? 02 x semana Regular: 1- Sim (X) 2- Não ()

Duração/min.: _____ Há quanto tempo? _____

Sono

Quantas horas de sono, em média, você tem por dia? 1- Abaixo de 4 horas () 2- Entre 4 e 6 horas ()
3- Entre 6 e 8 horas () 4- Acima de 8 horas (X)

Roncos: 1- Sim () 2- Não (X)

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Obesidade	3- Pai ()	4- Mãe (X)	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Pressão Alta	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Diabetes	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Colesterol alto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Angina	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Infarto	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Morte Súbita	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Derrame	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Insuf. Cardíaca	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Câncer	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe (X)
Osteoporose	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()
Outros	3- Pai ()	4- Mãe ()	8- Irmãos ()	13- Ninguém/não sabe ()

AVÓ MATERNA

Cirurgias: _____



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (✓)	Angina	1- Sim ()	2- Não ()
Colesterol alto	1- Sim (✓)	2- Não ()	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()
Obesidade	1- Sim ()	2- Não (✓)	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não (✓)	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()
Câncer	1- Sim ()	2- Não (✓)	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não (✓)	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()

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

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

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

Outros: _____

5. EXAME FÍSICO

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

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: ENDURECIDA Aspecto: _____

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

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

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



7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
27/08	04A-10M	20,5	112	90	80	criança alta,

8. ANAMNESE ALIMENTAR

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

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()
Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()
Café manhã () Almoço () Jantar ()

Forma + freq. de preparar/consumir os alimentos: 1- Cozido () 2- Assado () 3- Grelhado () 4-Frito ()
Tipo de sal utilizado: 1- Sal de cozinha () 2- Sal light () 3- Dietasal () 4- Tempero pronto ()

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?
1- 1 semana () 2- 15 dias () 3- 01 mês () 4- 2 meses () 5- 3 meses () 6- Não sabe ()

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas
Usa saleiro na mesa: 1- Sim () 2- Não ()
Faz alguma Restrição Alimentar? 1- Sim () 2- Não () Quais? _____

Por quê? _____
Alergia alimentar: _____

Intolerância alimentar: _____



Aversões alimentares: quiabo, chuchu, beterraba

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim () 2- Não () Finalidade: colesterol alto.

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

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: <u>CASA</u> Hora: <u>9:00</u>	<u>Pão porco ou ci queijo e presunto</u> <u>leite desnatado ou ci nes com</u> <u>ou mico</u> <u>ou vitamina</u>	<u>1 a 2</u>	
Colação Local: <u>CASA</u> Hora: <u>11:00</u>	<u>Danone</u>		
Almoço Local: <u>CASA</u> Hora: <u>12-12:30</u>	<u>Arroz</u> <u>Feijão</u> <u>ou macanã</u> <u>carnes</u> <u>Batata, cenoura, abóbora</u> <u>suco de fruta</u>		
Lanche Local: <u>ESCOLA</u> Hora: <u>15h</u>	<u>Biscoito Mariael - Waffer</u> <u>Doce 1/ leiteio</u> <u>- suco ca</u> <u>- Yakult</u> <u>- isopente gomasinha</u>		
Jantar Local: Hora: <u>19-20h</u>	<u>Pão ci queijo</u> <u>Nescau ou leite</u> <u>a mingau de aveia ou</u> <u>ere mapeia</u> <u>ou Sopa</u>		
Ceia Local: Hora:	<u>_____</u>		



CONDUTA NUTRICIONAL

PARA: Ana Luisa Melo Ribeiro

DATA: 24/09/2011

CAFÉ DA MANHÃ - 07 a 08H

- **A** - Antes do café: 01 fruta ou salada de frutas ou 01 suco natural
 - **B** - Leite desnatado com achocolatado – 01 xícara/copo ou iogurte – 01 unidade
- Pode Substituir o item **A** e **B** por uma vitamina de fruta.
- 01 porção do grupo de pães (preferir o integral)
 - Requeijão cremoso light ou queijo branco ou margarina becel
 - Ou substituir tudo por vitamina com leite desnatado

LANCHE DA MANHÃ – 10H

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

ALMOÇO – 12 a 13H

- Vegetal A
- Vegetal B
- Arroz ou macarrão – 02 a 03 colheres de sopa
- Feijão magro – 01 concha pequena com caldo ou 02 colheres de sopa do grão
- Carne magra – preferir as brancas 01 porção
- Suco natural – 1 copo pequeno
- Sobremesa: fruta ou gelatina ou doce da fruta

LANCHE DA TARDE – 15H

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

JANTAR – 17 - 18H

- Com base no café da manhã, podendo substituir a fruta por um prato de sopa magra ou com base no almoço retirando o feijão.

CEIA 21 a 21:30h

Com base nos lanches ou 01 copo de leite desnatado ou mingau com mesmo leite



LISTA DE SUBSTITUIÇÃO

A partir dos 04 anos é mais fácil explicar os significados da alimentação e os seus efeitos sobre o organismo, continue icentando e estimulando as praticas alimentares saudáveis.

GRUPO DOS VEGETAIS

TIPO A

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

TIPO B

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

TIPO C

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

GRUPO DOS PÃES

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



GRUPO DAS FRUTAS

TIPO A

• 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;
- Coma devagar mastigando bem os alimentos, assim os nutrientes serão melhor aproveitados;
- Procure fazer as refeições em clima de tranquilidade;
- Ofereça diariamente frutas, verduras e legumes;
- Ofereça arroz com feijão todos os dias, pelo menos uma vez ai dia ou 5 vezes na semana;
- Alimentos gordurosos devem ser evitados. Prefira alimentos cozidos, assados ou grelhados;
- Evite o consumo diário de refrigerantes e sucos artificiais industrializados, bolos e biscoitos doces recheados, sobremesas doces e outras guloseimas.



Nutrição e Dietética

- Ofereça de seis a oito copos de água por dia;
- 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.

LEMBRE-SE QUE OS HÁBITOS ALIMENTARES CONTINUAM EM FORMAÇÃO,
PORTANTO, QUANTO MAIS NATURAL FOR O PREPARO DO ALIMENTO,
MAIS SAUĐAVEL ELE SERÁ PARA A CRIANÇÁ.



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 09/10/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Leandro de Silva Freitas

Responsável:

Mari da Rocha Pita (vo')

Data de Nascimento: 05/03/2010 Idade: 1A

Naturalidade: SSA

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

Telefone: 3602 1806 Ocupação: — Turno: —

2. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

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

Qual o tipo? _____

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

Duração/min.: _____ Há quanto tempo? _____

Renda familiar: 1 salario
Pai desempregado

Sono

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

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

Roncos: 1- Sim () 2- Não ()

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

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

Cirurgias: _____



4. HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

VOCÊ TEM ALGUMA DESSAS DOENÇAS?

Diabetes	1- Sim ()	2- Não (✓)	Angina	1- Sim ()	2- Não ()
Colesterol alto	1- Sim ()	2- Não ()	Infarto	1- Sim ()	2- Não ()
Obesidade	1- Sim ()	2- Não ()	Derrame	1- Sim ()	2- Não ()
Pressão Alta	1- Sim ()	2- Não ()	Anemia	1- Sim ()	2- Não ()
Câncer	1- Sim ()	2- Não ()	Úlcera	1- Sim ()	2- Não ()
Osteoporose	1- Sim ()	2- Não ()	D. Tireóide	1- Sim ()	2- Não ()

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

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

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

Outros: _____

5. EXAME FÍSICO

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

Ap. Gastrointestinal

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

6- Vômito ()

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

Outros: _____

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

RIN

Parado obstipação

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL

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



7. AVALIAÇÃO CLÍNICA-ANTROPOMÉTRICA

DATA	IDADE	PESO (Kg)	ALTURA (Cm)	A/ID PC	P/ID PC	OBSERVAÇÃO
07/05	14M 1A 2M	10	87	30	30	
30/07	16M 1A 4M	10,5	84	90	30	
27/08			84			
24/09	1A 5M	10	84	80	20	

8. ANAMNESE ALIMENTAR

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

Refeição/dia: 1- Café manhã () 2- Colação () 3- Almoço () 4- Lanche () 5- Jantar () 6- Ceia ()
Local das principais refeições: 1- Sempre em casa () 2- Sempre na rua () 3- Em casa/rua ()

Café manhã () Almoço () Jantar ()

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

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

Quanto tempo dura um pacote de sal em sua casa?

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

Quantas pessoas fazem as refeições na sua casa? _____ pessoas

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

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

Por quê? _____

Alergia alimentar: _____

Intolerância alimentar: _____



Exatidão no nome dos alimentos - 10/12
Exatidão no nome dos alimentos - 10/12

Aversões alimentares: _____

Apetite atual: 1- Normal () ↑ () ↓ ()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

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

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

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: Hora:	<i>micarbon suco 3/3 hs panado farinha leite (mipau)</i>		
Colação Local: Hora:			
Almoço Local: Hora:	<i>raramente suco, feijão, abobora carne ou frango</i>		
Lanche Local: Hora:	<i>danone (2 ud.) ou maçã</i>		
Jantar Local: Hora:			
Ceia Local: Hora:			

ü opça de suco