



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/07/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Eliabe Pita Sacramento Leite

Responsável:

Elisângela

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

Naturalidade: _____

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

Telefone: _____ 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? _____

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 ()
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: _____

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
30/04/11		25	1,20			
24/09		25	1,21			

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: _____

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:	Mescau com pão		
Colação Local: Hora:	MAESCOLA Suco de biscoito Mescau crudo		
12:00h outro local Almoço Local: Hora: 11:00h	Frijol / Mozo / Macanã carne verduras cozidas Goiabada		
Transporte Grudar Lanche Local: Hora:	fruta		
Jantar Local: Hora:	carne de pão Mescau Sopa ou leite de farinha de soja ou Aveia		
Ceia Local: Hora:			



Participou do projeto 2010

ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 07/05/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Gustavo da Silva Sacramento

Responsável:

M^{re} Luíza da Silva

Data de Nascimento: 01/05/2006 Idade: 5A

Naturalidade: SSA

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

Telefone: 3602.0167 Ocupação: Estudante Turno: manhã

2. HÁBITOS DE VIDA

Renda familiar 1 salário

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? _____

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 ()

desperta tarde 2hs

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 ()	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	Normal	Dentição	
Olhos		Pele	
Mucosas	Normal	Unhas	Normal
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 () RIL 3a 3 dias

Outros: _____
Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____ remédio oleo mineral

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

6. AVALIAÇÃO LABORATORIAL *ficou de trazer exame*

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
04/05	5A	16,9	109	30	20	
04/06						
09/07		15,6	109			
30/07	5A 2M	17 kg	110	40	20	
24/08		16	111			
15/10		17,1	112			

8. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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 (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 () 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: não verduras

Apetite atual: 1- Normal (X) ↑() ↓()

Ingestão hídrica: _____ copos/dia

Já fez algum tratamento dietético? 1- Sim (X) 2- Não () Finalidade: Projeto 2014

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

9. RECORDATÓRIO ALIMENTAR HABITUAL

Refeição	Preparações/ Alimentos	Medidas caseiras	Gramas
Desjejum Local: <u>casa</u> Hora: <u>06-07h</u>	mingau ou cefê e leite pão e manteiga ou mortadela	1/2 pão	
Colação Local: <u>10h escola</u> Hora: <u>10h escola</u>	merenda da escola + merenda de casa { <ul style="list-style-type: none"> - suco artificial - pipoca - biscoito - maçã (rara) 		
Almoço Local: <u>casa</u> Hora: <u>13h</u>	arroz ou macarrão 4 colheres feijão 1/2 colher carne ou frango ou peixe quibe ou batata 1/2 Paus	Suco de laranja	
Lanche Local: <u>16:30</u> Hora: <u>casa</u>	Suco + biscoito ^{recheado} ou pão 1/2 pão docinho ou docinho pronto ou suco artificial ou pipoca		
Jantar Local: <u>1</u> Hora:	sopa ou cefê e leite e pão		
Ceia Local: Hora:	cefê e leite e pão		

Placodocaré } Gosta de mingau (farinaceos - mucilon, multe cereais)
 no cardápio } - coquelet lavante
 eicia

30/07/11

Desjejum - Pão de manteiga e montado,
- café de leite ou mingau

lanche - Merenda de escola
suco

Almoço - Feijão (já cozido)
- Arroz / macarrão
- Verduras (batata, abóbora,
- Salada (pouca cozedura)
- fruta
- suco

lanche - Biscoito
Danone
suco

Jantar - Sopa
ou café de leite ou mingau
pão ou biscoito
ou fruta.

ceia - suco ou mingau

* Já cozido: melancia, feijão, verduras cozidas, suco natural, legumes

* Introduzindo quiabo, mamão

* Introduzir = Tomate, alface ...



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 30/09/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Guilherlya Magali Araujo Matias

Responsável:

EDLA MAGALI ARAUJO

Data de Nascimento: 12/09/2008 Idade: 2A 09M

Naturalidade: Camdeias

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

Telefone: 3602-0090 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? _____

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

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 () *NÃO*

Outros: _____ *NÃO*

Se Obstipação: Consistência: _____ Aspecto: _____

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

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	2A-10M	14 kg	92cm	50°	60°	ótimo.
21/08		16	97			
3A		14,7	97	80°	60°	
3A		14,5	97			

8. ANAMNESE ALIMENTAR

USO DE: MAMADEIRA COPO GARFO COLHER CHUPETA // AMAMENTAÇÃO -
EXCLUSIVA ATÉ 06 meses PARCIAL ATÉ 02 anos 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: _____

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: casa Hora: 7:00 creche 8:30	Biscoito e mico Manteiga / leite / chocol. s/ recheio <hr/> mico / café de leite / mescan e pão ou biscoito.		
Colação Local: creche Hora: 10	pão de suco ou sopa		
Almoço Local: creche Hora: 12h	- Feijão Arroz Macarrão - Salada crua / coz. - mico ou fruta.		
Lanche Local: creche Hora: 15h	mico / fruta mico e biscoito		
Jantar Local: casa Hora: 18:30 19h	Mescan café de leite e pão mico fruta.		
Ceia Local: Hora:			



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 24/09/11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Ronald de Souza da Silva

Responsável:

Marivone Jesus de Souza da Silva

Data de Nascimento: 04/01/11 Idade: 08M

Naturalidade: Salvador

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

Telefone: _____ 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? _____

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 ()
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: _____

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
21/09		12 kg	75	95	>97	Alto! Eutrófico.
15/10		11,3	75			Mãe refere gripe

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: _____



... , ... - 20/11/20
... ..

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: 5h - leite materno Hora: 6:30h - Mingau de farinha de milho			
Colação Local: 8:00h - " " Hora: 11:30 - 12:00h - Pirão de mandioca			
Almoço Local: Hora:			
Lanche Local: Hora: 15:00h - maçã raspada ou banana amassada ou vitamina de frutas			
Jantar Local: 16:00h - mingau de quinua Hora: - suco / água de coco 17:30 - 18h - leite materno - DENE			
Ceia Local: 19:30 - Mingau de farinha Hora: Madrugada - leite Materno.			



ABORDAGEM FÍSICA E NUTRICIONAL INFANTIL

Nutricionistas: Adriana Dantas e Delaine de Almeida

Data: 27 / 08 / 11

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

RENAN SOUZA DA SILVA

Responsável:

MAKIVONG JESUS DE SOUZA DA SILVA

Data de Nascimento: 02 / 03 / 2003 Idade: 08

Naturalidade: SALVADOR

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

Telefone: _____ Ocupação: _____ Turno: _____

2. HÁBITOS DE VIDA

Exercício Físico

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

Qual o tipo? Futebol na escola

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

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: _____



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: _____

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
23/08	8A5M	38,5	1,39	97'	97'	Normal - muito alto.
24/09		37,5	1,40	97'		
		38,2	1,42			

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: _____



20/11/15

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: casa Hora: 7:30	pão queijo presunto hamburgue ou cereal - cracker café de leite ou leite condensado ou Raiz	03 ou 1 litro	
Colação Local: Hora:	fruta biscoito mais cracker leite Danone Kafu		
Almoço Local: Hora:	feijão 1 farinha Arroz macarrão salada alface / tomate comens		
Lanche Local: Esada Hora:	lanche da esada		
Jantar Local: Hora: 17	17h Biscoito / Danone Feijão / carne frita		
	20:00h jantar		
Ceia Local: Hora:	lanche		