

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____

Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: F() M() Matrícula: _____ Chave: _____

e-mail externo: _____

Gerência: _____ Data

de atendimento: ____/____/____

Hora de chegada: _____ Início de atendimento: _____

Término do atendimento: _____ Tempo de espera: _____

Tipo de atendimento:

() Avaliação inicial () Acompanhamento

Programas de Saúde: _____**Objetivo do Atendimento:**

- () Terapia para estado patológico;
- () Aumento de peso;
- () Avaliação geral;
- () Modificação da composição corporal;
- () Redução de peso;
- () Educação alimentar;
- () Manutenção do peso.

Avaliação do TGI:

- () Sem queixas
- () Constipação
- () Flatulência
- () Pirose
- () Diarréia
- () Outras _____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**Informações complementares:**

Alergia alimentar: _____

Medicamentos: _____

Atividade Física () Não () Sim

Quantas x na semana () 1 () 2 () 3 () ou mais

Por quanto tempo: _____ Qual o tipo: _____

Fator de atividade física:

() leve () moderada () intensa

Dados clínicos:

Condições Clínicas (hábito intestinal, tabagismo?, alguma cirurgia, outras patologias-descrever quais, etc): _____

***Histórico alimentar:**

Registro de consumo:

() Consumo habitual () 24 horas

Café da manhã: horário _____

() Em casa preparado em casa () Em casa preparado fora de casa

() No serviço preparado em casa () No serviço por auto atendimento

() No serviço preparado fora de casa () Em restaurante a La carte

() Em restaurante por quilo () Lanchonete () Outros

_____ ;

_____ ;

_____ ;

Colação: horário _____

() Em casa preparado em casa () Em casa preparado fora de casa

() No serviço preparado em casa () No serviço por auto atendimento

() No serviço preparado fora de casa () Em restaurante a La carte

() Em restaurante por quilo () Lanchonete () Outros

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Almoço: horário____:____

- ☐ Em casa preparado em casa ☐ Em casa preparado fora de casa
☐ No serviço preparado em casa ☐ No serviço por auto atendimento
☐ No serviço preparado fora de casa ☐ Em restaurante a La carte
☐ Em restaurante por quilo ☐ Lanchonete ☐ Outros

Lanche da tarde 1: horário____:____

- ☐ Em casa preparado em casa ☐ Em casa preparado fora de casa
☐ No serviço preparado em casa ☐ No serviço por auto atendimento
☐ No serviço preparado fora de casa ☐ Em restaurante a La carte
☐ Em restaurante por quilo ☐ Lanchonete ☐ Outros

Lanche da tarde 2: horário____:____

- ☐ Em casa preparado em casa ☐ Em casa preparado fora de casa
☐ No serviço preparado em casa ☐ No serviço por auto atendimento
☐ No serviço preparado fora de casa ☐ Em restaurante a La carte
☐ Em restaurante por quilo ☐ Lanchonete ☐ Outros

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**Jantar:** horário ____: ____

- () Em casa preparado em casa () Em casa preparado fora de casa
() No serviço preparado em casa () No serviço por auto atendimento
() No serviço preparado fora de casa () Em restaurante a La carte
() Em restaurante por quilo () Lanchonete () Outros

Ceia: horário: ____

- () Em casa preparado em casa () Em casa preparado fora de casa
() No serviço preparado em casa () No serviço por auto atendimento
() No serviço preparado fora de casa () Em restaurante a La carte
() Em restaurante por quilo () Lanchonete () Outros

***Consumo de água por dia (Copo – 200 mL)**

- () < de 8 copos / dia;
() entre 8 e 16 copos / dia;
() mais de 16 copos / dia.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

	Frequência Alimentar
	FEIJÃO/LEGUMINOSAS NÃO CONSOME
	FEIJÃO/LEGUMINOSAS EVENTUALMENTE
	FEIJÃO/LEGUMINOSAS 1 A 2 DIAS/SEM.
	FEIJÃO/LEGUMINOSAS 3 A 4 DIAS/SEM
	FEIJÃO/LEGUMINOSAS 5 A 6 DIAS/SEM.
	FEIJÃO/LEGUMINOSAS 1 PORÇ./DIA
	FEIJÃO/LEGUMINOSAS > 1 PORÇ./DIA
	LEG./VERDURAS CRUAS NÃO CONSOME
	LEG./VERDURAS CRUAS EVENTUAL.
	LEG./VERDURAS CRUAS 1 A 2 DIAS/SEM.
	LEG./VERDURAS CRUAS 3 A 4 DIAS/SEM.
	LEG./VERDURAS CRUAS 5 A 6 DIAS/SEM.
	LEG./VERDURAS CRUAS < 4 PORÇ./DIA
	LEG./VERDURAS CRUAS 4 A 5 PORÇ./DIA
	LEG./VERDURAS CRUAS > 5 PORÇ./DIA

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

	Frequência Alimentar
	LEG./VERDURAS COZ. NÃO CONSOME
	LEG./VERDURAS COZ. EVENTUAL.
	LEG./VERDURAS COZ. 1 A 2 DIAS/SEM.
	LEG./VERDURAS COZ. 3 A 4 DIAS/SEM.
	LEG./VERDURAS COZ. 5 A 6 DIAS/SEM.
	LEG./VERDURAS COZ. < 4 PORÇ./DIA
	LEG./VERDURAS COZ. 4 A 5 PORÇ./DIA
	LEG./VERDURAS COZ. > 5 PORÇ./DIA
	FRUTAS NÃO CONSOME
	FRUTAS EVENTUALMENTE
	FRUTAS 1 A 2 DIAS/SEMANA
	FRUTAS 3 A 4 DIAS/SEMANA
	FRUTAS 5 A 6 DIAS/SEMANA
	FRUTAS < 3 PORÇÕES AO DIA
	FRUTAS 3 A 5 PORÇÕES AO DIA
	FRUTAS > 5 PORÇÕES AO DIA

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

	Frequência Alimentar
	CARBOIDRATOS COMPL./INTEG. SEMANAL
	CARBOIDRATOS COMPL./INTEG. N/CONSOME
	CARBOIDRATOS COMPL./INTEG. EVENTUAL.
	CARBOIDRATOS COMPL./INTEG. 1 X OU +/DIA
	CARBOIDRATOS REFINADOS NÃO CONSOME
	CARBOIDRATOS REFINADOS EVENTUAL.
	CARBOIDRATOS REFINADOS SEMANALMENTE
	CARBOIDRATOS REFINADOS 1 X OU +/DIA
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. N/CONSOME
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. EVENTUAL.
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. 1 A 2 DIAS/SEM.
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. 3 A 4 DIAS/SEM.
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. 5 A 6 DIAS/SEM.
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. 3 PORÇÕES/DIA
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. <3 PORÇÕES/DIA
	LATIC. DESNAT./QUEIJO MAG. >3 PORÇÕES/DIA

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

	Frequência Alimentar
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO N/CONSOME
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO EVENTUALMENTE
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO 1 A 2 DIAS/SEM.
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO 3 A 4 DIAS/SEM.
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO 5 A 6 DIAS/SEM.
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO <3 PORÇÕES/DIA
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO 3 PORÇÕES/DIA
	LATIC. INTEG./QUEIJO GORDO >3 PORÇÕES/DIA
	CARNES VERM. C/GORDURA NÃO CONSOME
	CARNES VERM. C/GORDURA EVENTUALMENTE
	CARNES VERM. C/GORDURA 1 A 2 DIAS/SEM.
	CARNES VERM. C/GORDURA 3 A 4 DIAS/SEM.
	CARNES VERM. C/GORDURA 5 A 6 DIAS/SEM.
	CARNES VERM. C/GORDURA 1 A 2 PORÇ./DIA
	CARNES VERM. C/GORDURA >2 PORÇ./DIA
	CARNES VERM. S/GORDURA N/CONSOME
	CARNES VERM. S/GORDURA EVENTUALMENTE
	CARNES VERM. S/GORDURA 1 A 2 DIAS/SEM.
	CARNES VERM. S/GORDURA 3 A 4 DIAS/SEM.
	CARNES VERM. S/GORDURA 5 A 6 DIAS/SEM.
	CARNES VERM. S/GORDURA 1 A 2 PORÇ./DIA
	CARNES VERM. S/GORDURA >2 PORÇ./DIA

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

	Frequência Alimentar
	FRANGO COM PELE NÃO CONSOME
	FRANGO COM PELE EVENTUALMENTE
	FRANGO COM PELE 1 A 2 DIAS/SEMANA
	FRANGO COM PELE 3 A 4 DIAS/SEMANA
	FRANGO COM PELE 5 A 6 DIAS/SEMANA
	FRANGO COM PELE 1 A 2 PORÇÕES/DIA
	FRANGO COM PELE >2 PORÇÕES/DIA
	FRANGO SEM PELE NÃO CONSOME
	FRANGO SEM PELE EVENTUALMENTE
	FRANGO SEM PELE 1 A 2 DIAS/SEMANA
	FRANGO SEM PELE 3 A 4 DIAS/SEMANA
	FRANGO SEM PELE 5 A 6 DIAS/SEMANA
	FRANGO SEM PELE 1 A 2 PORÇÕES/DIA
	FRANGO SEM PELE >2 PORÇÕES/DIA
	PEIXE NÃO CONSOME
	PEIXE EVENTUALMENTE
	PEIXE 1 A 2 DIAS/SEMANA
	PEIXE 3 A 4 DIAS/SEMANA
	PEIXE 5 A 6 DIAS/SEMANA
	PEIXE 1 A 2 PORÇÕES/DIA
	PEIXE >2 PORÇÕES/DIA

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

	Frequência Alimentar
	REFRIGERANTE (QUALQUER TIPO) N/CONSOME
	REFRIGERANTE (QUALQUER TIPO) EVENTUAL.
	REFRIGERANTE (QUALQUER TIPO) < 5 DIAS/SEM.
	REFRIGERANTE (QUALQUER TIPO) = 5 DIAS/SEM.
	REFRIGERANTE (QUALQUER TIPO) > 5 DIAS/SEM.
	REFRIGERANTE (QUALQUER TIPO) 1 X OU + AO DIA
	ÓLEOS, GORDURAS E SEMENTES OLEAGINOSA NÃO CONSOME
	ÓLEOS, GORDURAS E SEMENTES OLEAGINOSA 1 PORÇÃO AO DIA
	ÓLEOS, GORDURAS E SEMENTES OLEAGINOSA >1 PORÇÃO AO DIA
	ÓLEOS, GORDURAS E SEMENTES OLEAGINOSA EVENTUALMENTE
	AÇUCARES E DOCES NÃO CONSOME
	AÇUCARES E DOCES 1 PORÇÃO AO DIA
	AÇUCARES E DOCES >1 PORÇÃO AO DIA
	AÇUCARES E DOCES EVENTUALMENTE

***Dados dietéticos complementares**

1) Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- () Nunca
- () Mensalmente ou menos
- () De 2 a 4 vezes por mês
- () De 2 a 3 vezes por semana
- () De 4 ou mais vezes por semana

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

2) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?

- ☐ 1 ou 2
- ☐ 3 ou 4
- ☐ 5 ou 6
- ☐ 7, 8 ou 9
- ☐ 10 ou mais

3) Com que frequência você toma “cinco ou mais doses” de uma vez?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos do que uma vez ao mês
- ☐ Mensalmente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Todos ou quase todos os dias

4) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos do que uma vez ao mês
- ☐ Mensalmente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Todos ou quase todos os dias

5) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado por você?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos do que uma vez ao mês
- ☐ Mensalmente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Todos ou quase todos os dias

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

6) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido no dia anterior?

- ☐) Nunca
- ☐) Menos do que uma vez ao mês
- ☐) Mensalmente
- ☐) Semanalmente
- ☐) Todos ou quase todos os dias

7) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- ☐) Nunca
- ☐) Menos do que uma vez ao mês
- ☐) Mensalmente
- ☐) Semanalmente
- ☐) Todos ou quase todos os dias

8) Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, foi incapaz de lembrar do que aconteceu devido a bebida?

- ☐) Nunca
- ☐) Menos do que uma vez ao mês
- ☐) Mensalmente
- ☐) Semanalmente
- ☐) Todos ou quase todos os dias

9) Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- ☐) Não
- ☐) Sim, mas não nos últimos 12 meses
- ☐) Sim, nos últimos 12 meses

10) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- ☐) Não

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

() Sim, mas não nos últimos 12 meses

() Sim, nos últimos 12 meses

Resultados Antropométricos:

Peso: _____ Altura: _____ CC: _____

C Quadril: _____ RCQ: _____ C Abd: _____

GORDURA

Encontrado/ %	Encontrado/ideal kg

MASSA MAGRA

Encontrado %	Ideal %/kg

--	--

PESO MAGRO SECO

--

ÁGUA

Encontrado%	Ideal%

IMC: _____ Peso ideal: _____

Consumo alimentar

() Ingestão quantitativamente qualitativamente satisfatória

() Ingestão quantitativamente satisfatória e qualitativamente insatisfatória

() Ingestão acima do recomendado e qualitativamente satisfatória

() Ingestão acima do recomendado e qualitativamente insatisfatória

() Ingestão abaixo do recomendado e qualitativamente satisfatória

() Ingestão abaixo do recomendado e qualitativamente insatisfatória

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

***Evolução e conduta:**

Nome da nutricionista responsável pelo atendimento:

CRN: _____

Região: _____