

# Exame Clínico — Educação Física & Nutrição

dd/mm/aaaa

## Identificação

Primeiro Nome (Simples ou Composto):  
Sobrenome(s) do Meio, se presentes:  
Último Sobrenome:  
Nome Social:  
Idade:  
Gênero:  
Identidade em relação ao gênero designado na nascença:  
Estágio da Transição Hormonal:  
Alinhamento de características físicas predominante:

## Comorbidades

+

-

	Nome da Comorbidade	Data de Diagnóstico
1		dd/mm/aaaa
2		dd/mm/aaaa
3		dd/mm/aaaa
4		dd/mm/aaaa

## Hábitos Rotineiros

### Alimentação, Hidratação e Excreção Rotineira

Faz quantas refeições por dia, no mínimo?  
Faz quantas refeições por dia, no máximo?  
Quantas das refeições diárias são completas, no mínimo?  
Quantas das refeições diárias são completas, no máximo?

Ingere quantos litros de água por dia, no mínimo?  
Ingere quantos litros de água por dia, no máximo?

Quantas micções por dia, no mínimo?  
Quantas micções por dia, no máximo?  
Qual é o intervalo (em horas) entre cada micção, no mínimo?  
Qual é o intervalo (em horas) entre cada micção, no máximo?

Diurese: ml/dia  
Qual é a coloração da urina?

Proteinúria ☐ Sim ☐ Não

Evacua quantas vezes por dia, no mínimo?  
Evacua quantas vezes por dia, no máximo?  
Qual é o intervalo (em horas) entre cada evacuação, no mínimo?  
Qual é o intervalo (em horas) entre cada evacuação, no máximo?

Nível de Atividade Física: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">▼</span>				
Atividades Físicas Rotineiras <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">+</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</span>				
	Pratica qual atividade física?	Quantas vezes por semana?	Quanto tempo por sessão, em minutos?	Há quanto tempo, em meses?
1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  

Atividades Físicas Propostas <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">+</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</span>				
	Qual atividade?	Quantas vezes por semana?	Quanto tempo por sessão, em minutos?	Por quanto tempo, em meses?
1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Progresso em Consultas

Sinais Vitais			
	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta
PA	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> mmHg	<input type="text"/> mmHg
FC	<input type="text"/> bpm	<input type="text"/> bpm	<input type="text"/> bpm

  

Medidas Antropométricas (exceto Dobras Cutâneas)			
	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta
Peso	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
Altura	<input type="text"/> m	<input type="text"/> m	<input type="text"/> m
Tórax	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Cintura	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Quadril	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Cintura × Quadril	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Antebraço	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Braço	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Coxa	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Panturrilha	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm

Dobras Cutâneas Protocolo: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Jackson/Pollock 3 ▼</span>			
	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta
Coxa	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
Peitoral	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm

	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta
Abdominal	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
Soma	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm

Índices e Percentuais Corporais

	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta
IMC	<input type="text"/> kg/m²	<input type="text"/> kg/m²	<input type="text"/> kg/m²
PGC	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
PGC	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
TMB	<input type="text"/> kcal	<input type="text"/> kcal	<input type="text"/> kcal
GET	<input type="text"/> kcal	<input type="text"/> kcal	<input type="text"/> kcal

Tipo corporal aplicado:

Fator de Nível de Atividade Física aplicado:

Nível de Gordura Corporal aplicado:

"DECLARO QUE CONCORDO COM AS AVALIAÇÕES DESCRITAS ACIMA" ☐

Local:  Data:

Assinatura do Paciente:

Contato

Telefone:

Email: