

Data: ____/____/____

Estagiário/Preceptora: _____

Encaminhado por: _____

Nome: _____

D. nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Ocupação/Profissão: _____

Escolaridade: _____

Renda Mensal/Gasto com Alimentação: _____

Objetivo do Paciente/Qual a expectativa do paciente: _____

Já fez algum tipo de dieta? () Sim, associada a medicamento para emagrecer. Qual? _____
() Não

Faz atividade física? () Sim, qual? _____

() Não

História Clínica Individual

História de doença atual:

() HAS () Doenças Cardíacas () Dislipidemia () DM () IRC
() Hipo/Hipertireoidismo () Anemia () Depressão () Outros

Medicamentos () Sim: _____

() Não

História Clínica Familiar

() HAS () Doenças Cardíacas () Dislipidemia () DM () Doenças Renais
() Câncer () Anemia () Depressão () Outros

Alterações no Ritmo Digestivo Urinário

Mastigação: () rápida () lenta Dificuldade de deglutição: () Sim () Não

Prótese dentária: () Sim () Não Digestão: possui azia: () Sim () Não

Refluxo: () Sim () Não

Gastrite: () Sim () Não

Rotina Diária:			
Item	Sim	Não	Anotações
Cigarro:			Qtd:
Bebida Alcoólica:			Qtd:
Suplementos (vitaminas e minerais):			Quais?
Água:			Qtd: Cor da Urina:
Açúcar/Doces: (balas,chiclets, chocolates, bolos e biscoitos)			Freq:
Adoçante:			Qual?
Laticínios:			Qtd/Freq:
Alimentos ricos em Gordura/Fritura:			Qtd/Freq:
Café:			Qtd/Freq:
Verduras/Legumes:			Qtd/Freq:
Frutas/Suco de frutas:			Qtd/Freq:
Carne:			Qtd/Freq:
Ovos:			Qtd/Freq:
Massas/Cereais:			Qtd/Freq:
Pães/Biscoitos:			Qtd/Freq:
Refrigerantes/sucos artificiais:			Qtd/Freq:
Tipo de Gordura utilizado: () banha () Óleo vegetal - Total no mês ____ Litros/ Total por pessoa ____ Açúcar simples: _____ Total no mês _____ Kg/Total por pessoa ____			
<u>Preferências Alimentares:</u>			
<u>Aversões/Intolerâncias Alimentares:</u>			
EXAMES BIOQUÍMICOS/DATA (especificar os valores de referência que contém no exame).			
Parâmetros	Data	Valores	Referência
Glicemia de jejum			
Glicemia pós prandial			
Hemoglobina glicosilada			
Colesterol Total			
VLDL			
LDL			
HDL			
Triglicérides			
Ureia			
Creatinina			
Proteinúria			
Potássio			
Sódio			
Cálcio			
Fósforo			
TSH			
T4 e T4			
TGO			

TGP			
Gama GT			
Hemoglobina			
Hematócrito			
Hemácias			
Ferro			
Saturação Transferrina			
Vitamina B12			
Acido Fólico			
RECORDATÓRIO ALIMENTAR (HABITUAL)/ROTINA DIÁRIA: () ATÍPICO () NORMAL			
Refeição/Horário	Alimentos/Medidas Caseiras		
<u>Café da Manhã</u> Horário: ____:____ Local: _____			
<u>Colação</u> Horário: ____:____ Local: _____			
<u>Almoço</u> Horário: ____:____ Local: _____			
<u>Lanche da Tarde</u> Horário: ____:____ Local: _____			
<u>Jantar</u> Horário: ____:____ Local: _____			
<u>Ceia</u> Horário: ____:____ Local: _____			
VCT INGERIDO = _____ Kcal CHO = _____ Kcal, _____ g, _____ % LIP = _____ Kcal, _____ g, _____ % PTN = _____ Kcal, _____ % _____ g de Ptn/Kg de Pes			

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso Atual: _____ Peso Objetivo: _____ Altura: _____ Peso Teórico _____
Meta (Peso): _____ IMC: _____ Classificação IMC: _____
Pressão Arterial: _____ Circunferências: C. Abdominal: _____ C. Braço _____
D.Subescapular: _____ D. Coxa: _____ D. Torácica: _____ D. Abdominal: _____
% Gordura: _____

Anotações e Cálculos: (TMB,GET e Ingestão Habitual)

Diagnóstico Nutricional/Conduta Nutricional (Prescrição dietética e distribuição de macronutrientes recomendações ao próximo estagiário):

OBS: ANEXAR PRESCRIÇÃO DIETÉTICA E ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS EM 2ª VIA COM CARBONO