

CLÍNICA DE NUTRIÇÃO



RETORNO	
Nome:	
Data do retorno:	
Como foi o período de adaptação ao plano alimentar? Conse	guiu realizar? Quais foram as suas dificuldades?
Medicamentos/Suplementos Alimentares:	
·	
Atividade física: () sim () não Tipo:	empo: Frequência: Horário:
Queixas nutricionais:	
Hábito urinário (coloração):	
Hábito intestinal (frequência/consistência):	
Ingestão de líquidos: Outras informações relevantes:	
Outras informações relevantes.	
RECORDATÓRIO ALIM	MENTAR DE 24
HORAS	
Café da manhã (h) Local:	Lanche da manhã (h) Local:
Almoço (h) Local:	Jantar (h) Local:
Café da tarde (h) Local:	Ceia (h) Local:
· ,	
Conduta Nutricional	
(Descrever as orientações	
nutricionais e solicitações de	
exame, entrega de cardápios).	
Estagiário de Nutrição	
Supervisor responsável	
1	