

# CLÍNICA DE NUTRIÇÃO



/ /

data

#### ATENDIMENTO NUTRICIONAL PRIMEIRA CONSULTA

Nome:		Idade <u>:</u>
Data de nascimento: / /	Estado Civil:	Profissão:
Endereço:		
Tel Res:Cel:	e-r	mail
História Social:		
Quantas pessoas residem na casa?		
Como é sua rotina, normalmente (atividades	diárias, trabalho, estudo, etc.)	): 
Objetivo do Tratamento com a Nutrição:		
(Só perguntar se o motivo for emagrecimo		
Já fez alguma dieta para emagrecer: ( ) sim	( ) não Em caso sim, qual	a idade da 1ª dieta: anos
Quais os tipos de dieta que já fez?		
Conseguiu emagrecer: ( ) sim ( ) não Quar	ntos quilos: kg Recupero	u: ( ) sim ( ) não Quantos quilos: kg
Qual você acredita ser a sua maior dificuldad	e para conseguir emagrecer e	e manter o peso?
Antecedentes Pessoais: ( ) Diabetes ( Outros: Fez alguma cirurgia recente? Antecedentes Familiares (pais/irmãos/avós): ( ) CA Outros:	( ) Diabetes ( ) Hiperter	nsão ( ) Dislipidemias ( ) DCV
	ANAMNESE	
Tratamentos Nutricionais Anteriores:		
Medicações / suplementos / anabolizantes e	m uso:	
TGI (gastrite/refluxo/constipação/laxantes):		Ingestão Hídrica:
Hábito intestinal:		Hábito urinário (coloração):
Frequência:		( ) clara ( ) escura
Escala de Bristol (Tipo)		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,



# CLÍNICA DE NUTRIÇÃO



Disposição Física:	Sono:	Obs.:		
Fumo:	Duração ciclo menstrual	Outros:		
( ) nunca	(dias):			
( ) fumante cigarros/dia	TPM:			
	( ) sim			
( ) ex-fumante – parou há quanto	( ) não			
tempo?				
	Menopausa:			
Álcool:	( ) sim			
( ) não	( ) não Reposição hormonal:			
( ) sim	( ) sim			
Tipo:	( ) não			
Frequência:	Medicamento			
14.5				
Atividade Física:				
Alividade Fisica.				
	EXAMES LABORATORIAIS			
Hemograma:				
Glicemia:				
Lipídeos séricos:				
·				
Harmânica				
Hormônios:				
Vitaminas/Minerais:				
Outros (relevantes para nutrição)				
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL				
Alergia / Intolerância:	Preferências:	Aversões:		
The grant meteralists.	Troioronoide.	7.Woloood.		
Horário da Fome:	Apetite:	Padrão Alimentar:		
	•			
Digostão:		Domora guanto tomas nora comor		
Digestão:		Demora quanto tempo para comer:		



HORÁRIO

Mastiga bem os alimentos: ( ) sim ( ) não

Apresenta distrações durante as refeições ( ) sim ( ) não

## CLÍNICA DE NUTRIÇÃO

DIA ALIMENTAR HABITUAL

**ALIMENTO** 



QUANTIDADE

ANAMNESE ALIMENTAR			
Onde realiza as refeições? ( ) casa ( ) restaurante ( ) marmitex ( ) outro:			
Quais alimentos você gosta de comer?			
Você sente bem o gosto dos alimentos?			
Você evita algum alimento? ( ) sim ( ) não Se sim, quais e motivo:  Ingestão de líquidos:  Ingere liquido nas refeições: ( )não ( )sim, quais/quantidade:			
ingestao de ilquidos.	ingere liquido nas refeições. ( )nao ( )	ini, quais/quantidade.	
Você considera sua comida em relação ao sal: ( )normal ( )baixa ( )alta			
Faz uso de condimentos (temperos prontos)? ( )não ( )sim. Se sim, quais:			
Açúcar/Adoçante (tipo/quantidade):			
Gordura utilizada para cozinhar (tipo/quantidade):			

Tempo das refeições principais:



# CLÍNICA DE NUTRIÇÃO



### NECESIDADE ENERGÉTICA

Peso:Altura: GEB:kcal FA GET:kcal	
	ou seja, os pontos a serem melhorados na alimentação que foi ao paciente, observando a necessidade dele e o que ele espera do
	Estagiário:Nutricionista Responsável: