



CLÍNICA DE NUTRIÇÃO



ATENDIMENTO NUTRICIONAL PRIMEIRA CONSULTA

data / /

Nome: _____ Idade: _____
Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
Endereço: _____
Tel Res: _____ Cel: _____ e-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 emagrecimento)

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 Quantos quilos: _____ kg Recuperou: () sim () não Quantos quilos: _____ kg

Qual você acredita ser a sua maior dificuldade para conseguir emagrecer e manter o peso?

Antecedentes Pessoais: () Diabetes () Hipertensão () Dislipidemias () DCV () CA

Outros: _____

Fez alguma cirurgia recente? _____

Antecedentes Familiares (pais/irmãos/avós): () Diabetes () Hipertensão () Dislipidemias () DCV
() CA Outros: _____

ANAMNESE

Tratamentos Nutricionais Anteriores:

Medicações / suplementos / anabolizantes em uso:

TGI (gastrite/refluxo/constipação/laxantes):

Ingestão Hídrica:

Hábito intestinal:

Frequência:

Escala de Bristol (Tipo)

Hábito urinário (coloração):

() clara

() escura



CLÍNICA DE NUTRIÇÃO



Disposição Física:	Sono:	Obs.:
Fumo: () nunca () fumante - ____ cigarros/dia () ex-fumante – parou há quanto tempo? _____ Álcool: () não () sim Tipo: Frequência:	Duração ciclo menstrual (dias): _____ TPM: () sim () não Menopausa: () sim () não Reposição hormonal: () sim () não Medicamento	Outros:
Atividade Física:		
EXAMES LABORATORIAIS		
Hemograma: Glicemia: Lipídeos séricos: Hormônios: Vitaminas/Minerais: Outros (relevantes para nutrição)		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Alergia / Intolerância:	Preferências:	Aversões:
Horário da Fome:	Apetite:	Padrão Alimentar:
Digestão:		Demora quanto tempo para comer:



CLÍNICA DE NUTRIÇÃO



NECESSIDADE ENERGÉTICA

Peso:..... Altura:
GEB:.....kcal FA.....
GET:.....kcal

Defina o plano inicial de tratamento do paciente, ou seja, os pontos a serem melhorados na alimentação que foi avaliado durante a consulta (pode ser feito junto ao paciente, observando a necessidade dele e o que ele espera do tratamento).

CONDUTA DIETOTERÁPICA:

.....
.....
.....

Estagiário:.....
Nutricionista Responsável:.....