

FICHA DE ANAMNESE

Registro _____ Data _____

Nome _____ Sexo _____

Data de Nascimento _____ Idade _____

E-mail _____

Estado Civil _____ Ocupação _____

CPF _____ R.G _____

Telefone / Celular _____

Endereço _____

Hábitos de Vida

• Restrição Alimentar? () Sim () Não
Qual? _____

• Ingere bebida alcóolica? () Sim () Não
Frequência? _____

• Fumante? () Sim () Não
Frequência? _____

Hábitos de Compras

• Mora com quantas pessoas na casa? _____

• Quem realiza as compras? _____

• Onde realiza as compras? _____

• Quantas vezes por mês? _____

• Quantos litros de óleo? _____ Kg de sal? _____

* Rotina diária → horário de alimentação

Hábitos de Sono

- Dorme bem? () Sim () Não
- Quantas horas de sono? _____
- Alguma observação do sono? _____

Exercício Físico

() Sim () Não

Qual? _____

Quantas vezes na semana? _____

Quanto tempo? _____

Patologias

- () Ansiedade () Câncer () Cardíaco () Colite () Circulatório
() Depressão () Diabetes () Dislipidemia () Cefaléia () Endócrino
() Gastrite () Irritabilidade () Herpes () Hepatite () Hipertiroidismo
() Hipotiroidismo () Hipoglicemia () Hipertensão () Hipotensão
() Osteoporose () Renal () Hipercolesterolemia () Hipertrigliceridemia
() Renite/Sinusite
() OUTROS
- _____

Medicamentos

Faz uso de medicamentos? () Sim () Não

Quais? _____

Qual horário? _____

Exames Bioquímicos

[illegible]

Histórico Familiar ➡

o paciente relata as doenças que possui

Avaliação Clínica

- **Apetite:** () Normal () Aumentado () Diminuído
- **Mastigação:** () Normal () Rápida () Lenta
Quanto tempo? _____
- **Hábito Intestinal:** () Normal () Constipante () Diarreico
() Variado

Frequência de Evacuação _____

- **Faz uso de laxante?** () Sim () Não
- **Há presença de sangue nas fezes?** () Sim () Não

Há quanto tempo? _____

- **Hábito urinário?** _____

- **Ingestão hídrica diária** _____

Coloração da urina _____

Hábitos Alimentares

Suplementos Alimentares: _____

Alergia Alimentar: _____

Intolerância Alimentar: _____

Aversão Alimentar: _____

Mulheres

Última menstruação: _____

TPM: () Forte () Fraca () Média

Ciclo menstrual regular? () Sim () Não

Contraceptivo: _____

() Cólica () Lactante () Menopausa

↳ tudo o que a pessoa comeu no dia anterior

Data: _____ () Típico () Atípico

[illegible]

Avaliação Antropométrica

Altura: _____

Peso Atual: _____

Peso Ideal: _____

Circunferência

• MEMBROS SUPERIORES

Braço direito relaxado	
Braço direito contraído	
Antebraço direito	
Punho direito	

• TRONCO

Ombro	
Tórax	
Cintura	
Abdômen	
Quadril	

• MEMBROS INFERIORES

Panturrilha direita	
Coxa direita	
Coxa proximal direita	

Pregas Cutâneas

Bíceps	
Tríceps	
Subescapular	
Axilar Média	
Torácica	
Supra-iliaca	
Abdominal	
Coxa	
Panturrilha Média	