

Érica Martins Gomes – CRN3. 10.657

Especialização em Nutrição Clínica Funcional.

Mestre em Nutrição Humana pela USP.

**ANAMNESE FUNCIONAL – ATENDIMENTO CLÍNICO** Data:**22/04/2024**

# Identificação

Nome: **Lucas Horvath Campana**

Data de Nascimento:**27/12/1995** Idade: **28**

Estado civil: (**X**) casado ( ) solteiro ( ) outro

Endereço:**Rua Coronel Sousa Reis** nº**140** ap.**82** Bairro:**Vila Zilda** Cidade:**São Paulo** Estado: **SP** CEP: **03069-010**

Telefone fixo: Telefone celular: **11 99298-6290** E-mail: **lucashcampana@gmail.com**

Motivo da consulta (objetivo)

Avaliação da saúde e adequação às necessidades do meu biotipo

# Aspectos Gerais

Grau de escolaridade:

Profissão: **Analista de dados**

Trabalha na maior parte do tempo: (**X**) sentado ( ) em pé Tabagismo (**X**) não ( ) sim Há quanto tempo:

Quantas pessoas moram na casa:**2** Nº de filhos **0**

# Doenças:

|  |  |
| --- | --- |
| Infância |  |
| Adulta |  |
| Atual |  |
| Cirurgias realizadas | **Desvio de Septo; Miopia.** |

**Uso de medicamentos/ Suplementos – Atual**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome/fabricante | Dose e freqüência | Tempo | Motivo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uso de medicamentos/ Suplementos durante a vida:**

**Antecedentes Familiares**

Pai Vivo

(**X**) Sim Idade:**61**() Não

Causa:

Patologias: **Síndrome de Sjogren**; **Tendência a problemas cardíacos**

Mãe Viva

(**X** ) Sim Idade: **57** ( ) Não Causa:

Patologias:

Patologias:

Irmãos:

( ) Homem Idade:

(**X** ) Mulher \_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_**31**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patologias:

# Alterações de Peso

Evolução durante a vida

Peso mais comum **63** Peso Desejado Peso Atual **62** Perda de peso significativa (**X**) não ( ) sim Quanto Quando

Ganho de peso significativo (**X**) não ( ) sim Quanto Quando

# Problemas Orais

Uso de prótese dentária (**X** ) não ( ) sim

Gengivite (**X** ) não ( ) sim

Retração Gengival (**X** ) não ( ) sim

Aftas (**X** ) não ( ) sim Qual freqüência

Bruxismo (**X** ) não ( ) sim

Restaurações (**X** ) Resina ( ) Amálgamas

# Digestão e Hábito Intestinal

Mastigação (**X** ) lenta ( ) rápida Tempo das refeições: **médio**

Dificuldade de digestão: (**X** ) não ( ) sim

Algum alimento específico:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) AZIA | ( ) GASTRITE | ( ) ENJÔO |
| ( ) ÚLCERA | ( ) ERUCTAÇÃO | ( ) VÔMITO |
| ( ) GASES | ( ) DIARRÉIAS | ( ) OUTROS QUAIS ? |

Evacuação (**X** ) Diária ( ) a cada dias

Nº de evacuações diárias **1** Horário definido (**X** ) não ( ) sim

Sente dificuldade ao evacuar (**X** ) não ( ) sim

Consistência das fezes (**X** ) NORMAL ( ) LÍQUIDA ( ) PASTOSA ( ) RESSECADA

Formato ( ) fino ( ) grosso

Odor ( ) característico ( ) forte Cor ( ) Marrom-clara ( ) Marrom-escura ( ) Preta

Flutuam (**X** ) não ( ) sim

Pedaços de Alimentos (**X** ) não ( ) sim Uso de laxante ( **X** ) não ( ) sim

# Inquérito Alimentar

Quem cozinha **Eu**

Quem realiza as compras alimentícias **Eu**

Local das Refeições

Durante a semana

Almoço **Em casa** Jantar **Em casa**

Fim-de-semana

Almoço **Varia** Jantar **Varia**

Segue ou já seguiu alguma dieta ( ) não (**X** ) sim **No início da adolescência tive colesterol alto e segui dieta**

Belisca no intervalo das refeições ( ) não (**X** ) sim

Ingere líquidos nas refeições ( ) não (**X** ) sim

O que **água geralmente / ocasionalmente vinho ou suco de uva** Quanto **1 copo**

Ingere líquidos entre as refeições ( ) não (**X** ) sim

O que **Água** Quanto **mínimo 1 garrafinha** Momento do dia que sente mais fome: **Almoço**

Consome alimentos integrais ( ) não (**X** ) sim

Preferências Alimentares **variada** Compulsão Alimentar Aversões Alimentares

**Prática de atividade física**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Atividade | Duração | Freqüência semanal |
| **Pilates** | **50 min** | **3x** |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Exames laboratoriais:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Exame | Resultado | Referência | Laboratório |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Composição corporal:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso:  Estatura:  IMC:  Classificação: | | | | Classificação IMC:  <18,5 – magro ou baixo peso  18,5-24,9 normal ou eutrofico  25-29,9 sobrepeso ou pré-obeso  30-34,9 obesidade grau I  35-39,9 obesidade grau II  ≥40,0 obesidade grau III |
| Gordura corporal: | Massa magra | TMB: |  |  |

# Sinais e sintomas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Observação |
| **Geral** |  |  |
| Dor de cabeça | **X** |  |
| Dores no corpo | **X** | Dor de tensão nas costas |
| Vertigens |  |  |
| Tonturas |  |  |
| Extremidades frias |  |  |
| Suor nas extremidades |  |  |
| Cansaço |  | Horário |
| Edema |  |  |
| **Cabelos** |  |  |
| Secos |  |  |
| Oleosos |  |  |
| Quebradiços |  |  |
| Branco precoce |  |  |
| Queda |  |  |
| Caspas/ Seborréia |  |  |
| **Ouvidos** |  |  |
| Zumbidos |  |  |
| Coceiras |  |  |
| Secreção |  |  |
| **Pele** |  |  |
| Dificuldade cicatrização |  |  |
| Acne |  |  |
| Oleosa |  |  |
| Ressecada | **X** |  |
| Descamação |  |  |
| Pálida |  |  |
| Manchas roxas |  |  |
| Manchas escuras |  |  |
| Manchas escuras no  pescoço |  |  |
| **Olhos** |  |  |
| Cor boa |  |  |
| Coceira |  |  |
| Dificuldade de enxergar |  |  |
| Ressecamento |  |  |
| Olheira |  |  |
| Edemas |  |  |
| **Lábios** |  |  |
| Ressecados | **X** |  |
| Fissuras |  |  |
| Herpes |  |  |
| **Humor** |  |  |
| Ansiedade |  |  |
| Irritabilidade |  |  |
| Nervosismo |  |  |
| Hiperatividade mental |  |  |
| Apatia |  |  |
| Letargia |  |  |
| Tristeza |  |  |
| Alegria |  |  |
| **Sono** |  |  |
| Horário de dormir | **X** |  |
| Horário de levantar |  |  |
| Ronco |  |  |
| Sonhos |  |  |
| Pesadelos |  |  |
| Agitação |  |  |
| Reparador |  |  |
| Cansaço ao acordar |  |  |
| **SNC** |  |  |
| Sonolência |  |  |
| Falta de concentração | **X** |  |
| Redução memória |  |  |
| **Neuro-muscular** |  |  |
| Cãibras |  |  |
| Formigamento |  |  |
| Fraqueza muscular |  |  |
| **Cardio-pulmonar** |  |  |
| Taquicardia |  |  |
| Palpitação |  |  |
| Dificuldade de respirar |  |  |
| **Renal e Ap. Reprodutor** |  |  |
| Dificuldade de urinar |  |  |
| Dor |  |  |
| Prurido |  |  |
| Cor |  |  |
| Próstata |  |  |
| **Língua** |  |  |
| Esbranquiçada |  |  |
| Fissuras |  |  |
| Laterais gastas |  |  |
| **Cotovelo** |  |  |
| Descamação |  |  |
| Esbranquiçado |  |  |
| Ressecado |  |  |
| **Pés** |  |  |
| Bolhas |  |  |
| Descamação |  |  |
| Frieira |  |  |
| Fungos |  |  |
| **Pernas** |  |  |
| Edema |  |  |
| Varizes |  |  |
| Vasinhos |  |  |
| Descamação |  |  |
| Celulite |  | Grau |
| **Unhas Mãos** |  |  |
| Manchas brancas |  |  |
| Quebradiças |  |  |
| Saliências |  |  |
| **Unhas Pés** |  |  |
| Manchas brancas |  |  |
| Quebradiças |  |  |
| Saliências |  |  |

**Atendimentos:**

**VILA MARIANA** - MedVital – Rua Domingos de Morais, 2781, 8º andar sala 804 – Vila Mariana – São Paulo CEP 04035-001 Telefones: (11)5083-8155 / (11)93031-8155 whatsapp

**TATUAPÉ** - Rua Soriano de Sousa, 189 Sala 83 – 8º andar - Tatuapé – São Paulo. CEP 03066-020. Telefone: F. (11)99346-6531 whatsapp

**GUARULHOS** - Rua José Maurício, 241, 1º andar sala 12 - Centro – Guarulhos CEP 07011-060 Telefones: (11)2409-5698 / 2408-4577 / (11)97719-1077 whatsapp

Contato particular: e-mail: [gomes\_erika@yahoo.com](mailto:gomes_erika@yahoo.com) telefone (11) 99346-6531 celular/whatsapp