

# Avaliação Nutricional

Data: 17/04/14

Nome: Idade: Sexo: m

Estado civil: Escolaridade:

Profissão: Trabalha:

Tel:

Email:

## MOTIVO PRINCIPAL DA CONSULTA:

### HÁBITOS SOCIAIS E DE SAÚDE

**Tipo Sangüíneo:** **Peso atual:** **Altura:** **Fumante:** N **Etilista:**

**Atividade Física:**

**Quantas vezes por semana:**

**Há quanto tempo?**

**Sono:**

**Bruxismo (e/ou tensionamento):**

**Roncos: Apneia:**

**Disposição Física:**

Manhã: boa Tarde: normal Noite: boa

**Concentração para as atividades intelectuais:**

Manhã: melhor Tarde: Noite:

**Memória:**

Para fatos recentes:

Para fatos antigos:

**Doenças mais frequentes (que teve e/ou tem):**

**Menstruação:**

**Cirurgias que já fez:**

**História de doenças na família:**

Paterna:

Materna:

**Medicação em uso:**

**Suplementação:**

**Já utilizou:**

**Utiliza atualmente:**

**Histórico de alteração de peso:**

<b>HÁBITOS ALIMENTARES</b>
----------------------------

**Horário de maior apetite:** Noite jantar

**Mastigação:** boas

**Digestão:** boa dependendo do que come

**Azia:**      **Horário:**

**Dores ou distensões abdominais:**                      **Horário:**

**Produção Eliminação de Gases:**      **Horário:**

**Evacuação:**

**Diariamente?**

**Consistência/ Formato:**

**Cor:**

**Sensação de esvaziamento completo?**

**Cor da urina:** c

**Qt. Média de líquidos ingerido durante o dia em copos:** mais de 2 litros

**Líquido nas refeições?**                      **Quanto?**

**Alergias (Alimentares/Medicamentos/Picada insetos):**

**Aversões / Intolerâncias Alimentares:**

**Preferências Alimentares:**

**Alimento que não vive sem?**

**Preferência:** Doce X Salgado      Azedo

**Observações**

**Já fez algum tipo de dieta?**                      **Quando?**

**Usou alguma medicação?** Sim      Não      **Qual?**

**Faz dieta atualmente?**

**Frequência em Restaurantes / Bares / Lanchonetes / Delivey:**

**Sim final de semana**

<b>Avaliação de Hábito Alimentar</b>
--------------------------------------

Horário habitual de acordar? HS  
Horário habitual de dormir? HS

- CAFÉ DA MANHÃ

Horário: HS Local: CASA

Alimento:

- LANCHE DA MANHÃ

Horário: Local: trabalho

Alimento:

- ALMOÇO

Horário: Local: trabalho

Alimento:

- LANCHE DA TARDE

Horária: HS Local: trabalho

Alimento:

- JANTAR

Horário: 00HS Local: casa

Alimento:

- CEIA

Horário:

Alimento:

ALIMENTAÇÃO NO FIM DE SEMANA

Rua

**Com que frequência os itens abaixo são consumidos?**

ALIMENTOS	Diário	Semanal	Mensal	Nunca	Qual ?
Café					
Refrig. / água c/ gás					
Chá Mate ou Preto					
Doces / Chocolate					
Temperos prontos					
Frituras					
Álcool					
Embutidos					
Cereais integrais					
Hortaliças cruas					
Frutas					
Leguminosas					
Peixe					
Leite e derivados					
ADOÇANTA					STÉVIA Açúcar

**SE VOCÊ IDENTIFICA A PRESENÇA DE UM OU MAIS SINTOMAS, ASSINALE-OS NA COLUNA CORRESPONDENTE:**

INTESTINO PRESO	
DIARRÉIA	
FLATULENCIA (GASES EXCESSIVOS)	
ERUCTAÇÃO (ARROTAR)	
DIGESTÃO LENTA	
AZIA (QUEIMAÇÃO)	
NAUSEAS E VÔMITOS	
HEMORROIDAS	
AFTAS	
SANGRAMENTO DAS GENGIVAS	
ALTERAÇÕES NA LÍNGUA	
MAU HÁLITO / BOCA AMARGA / BOCA SECA	
RACHADURAS NOS LÁBIOS/ CANTOS DA BOCA	
ALTERAÇÕES DE APETITE	
PERDA DO PALADAR	
ALTERAÇÕES DE PESO	
FLACIDEZ MUSCULAR	
INFECÇÕES FREQUENTES	
DORES DE CABEÇA	
DIABETES OU PRÉ-DIABETES	
HIPOGLICEMIA	
TAXA DE TRIGLICÉRIDES ALTERADA	
TAXA DE COLESTEROL ALTERADA	
TONTURAS/ FALTA DE EQUILÍBRIO	
FRAQUEZA / DESMAIO	
MICOSE/ ECZEMA/ PSORÍASE/ CASPA	
ANEMIA	
QUEDA DE CABELOS	
UNHAS FRÁGEIS / QUEBRADIÇAS/ ESCAMAÇÃO	
PELE RESSECADA	
ALTERAÇÕES NAS UNHAS (ESTRIAS/ MANCHAS)	

OSTEOPOROSE / OSTEOPENIA	
DORES MUSCULARES / ARTICULARES	
AMORTECIMENTO BRAÇOS E PERNAS	
DIFICULDADE DE CICATRIZAÇÃO	
CAIMBRAS	
ALT. NO RITMO CARDIO-RESPIRATÓRIO	
MANCHAS ARROXEADAS NA PELE	
INCHAÇO	
TRANSPIRAÇÃO EXCESSIVA	
COMPULSIVIDADE	
ANSIEDADE / APREENSÃO	
IRRITABILIDADE	
NERVOSISMO	
HIPERATIVIDADE FÍSICA/ MENTAL	
MENOR CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO	
DIMINUIÇÃO DE MEMÓRIA	
FADIGA	
SONOLÊNCIA	
INSÔNIA	
PESADELOS E AGITAÇÕES NOTURNA	
ALTERAÇÕES NA AUDIÇÃO / OUVIDO	
ALTERAÇÕES NA VISÃO / OLHOS	
ALTERAÇÃO DE HUMOR	
DEPRESSÃO	
SÍNDROME DO PÂNICO	
ARDÊNCIA / PRURIDO (VAGINAL E/ OU ANAL)	
BRUXISMO / TENSIONAMENTO	

**OUTROS SINTOMAS E OBSERVAÇÕES:**

**Avaliação antropométrica:**

**Peso Atual:      Altura:      IMC:      P.A:**

● **Circunferências:**

	<b>Data:</b>			
<b>Abdominal</b>				
<b>Quadril</b>				
<b>Gluteo</b>				
<b>Braço</b>				
<b>Punho</b>				

● **Dobras Cutâneas**

**Exames Laboratoriais:**

	<b>Data:</b>		
<b>Hemoglobina</b>			
<b>Hematócrito</b>			
<b>Leucograma</b>			
<b>Eusínófilo</b>			
<b>Ferritina</b>			
<b>Saturação de trsferrina</b>			
<b>Glicemia</b>			
<b>Insulina</b>			
<b>Ácido úrico</b>			
<b>Colesterol total</b>			
<b>HDL</b>			
<b>LDL</b>			
<b>triglicerídios</b>			
<b>Vit D</b>			
<b>Vit B12</b>			
<b>Folato</b>			
<b>Zinco</b>			
<b>Cobre</b>			
<b>Mg</b>			
<b>TSH</b>			

<b>T3</b>			
<b>T4</b>			
<b>Cortisol matinal</b>			
<b>PH urinário</b>			
<b>Densidade Urinári</b>			

**Observações Gerais**