##### Avaliação Nutricional

Data: 17/04/14

Nome: Idade: Sexo: m

Estado civil: Escolaridae:

Profissão: Trabalha:

Tel:

Email:

**MOTIVO PRINCIPAL DA CONSULTA**:

|  |
| --- |
| HÁBITOS SOCIAIS E DE SAÚDE |

**Tipo Sangüíneo: 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:**

|  |
| --- |
| HÁBITOS ALIMENTARES |

**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**

|  |
| --- |
| **Avaliação de Hábito Alimentar** |

**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:**

**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 Açucar** |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTESTINO PRESO** |  |  |  | **OSTEOPOROSE / OSTEOPENIA** |  |
| **DIARRÉIA** |  |  |  | **DORES MUSCULARES / ARTICULARES** |  |
| **FLATULENCIA (GASES EXCESSIVOS)** |  |  |  | **AMORTECIMENTO BRAÇOS E PERNAS** |  |
| **ERUCTAÇAO (ARROTAR)** |  |  |  | **DIFICULDADE DE CICATRIZAÇÃO** |  |
| **DIGESTÃO LENTA** |  |  |  | **CÃIMBRAS** |  |
| **AZIA (QUEIMAÇÃO)** |  |  |  | **ALT. NO RITMO CARDIO-RESPIRATÓRIO** |  |
| **NAUSEAS E VOMITOS** |  |  |  | **MANCHAS ARROXEADAS NA PELE** |  |
| **HEMORROIDAS** |  |  |  |  |  |
| **AFTAS** |  |  |  |  |  |
| **SANGRAMENTO DAS GENGIVAS** |  |  |  | **INCHAÇO** |  |
| **ALTERAÇÕES NA LÍNGUA** |  |  |  | **TRANSPIRAÇÃO EXCESSIVA** |  |
| **MAU HÁLITO / BOCA AMARGA / BOCA SECA** |  |  |  |  |  |
| **RACHADURAS NOS LÁBIOS/ CANTOS DA BOCA** |  |  |  |  |  |
| **ALTERAÇÕES DE APETITE** |  |  |  | **COMPULSIVIDADE** |  |
| **PERDA DO PALADAR** |  |  |  | **ANSIEDADE / APREENSÃO** |  |
| **ALTERAÇÕES DE PESO** |  |  |  | **IRRITABILIDADE** |  |
| **FLACIDEZ MUSCULAR** |  |  |  | **NERVOSISMO** |  |
| **INFECÇÕES FREQUENTES** |  |  |  | **HIPERATIVIDADE FÍSICA/ MENTAL** |  |
| **DORES DE CABEÇA** |  |  |  | **MENOR CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO** |  |
| **DIABETES OU PRÉ-DIABETES** |  |  |  | **DIMINUIÇÃO DE MEMÓRIA** |  |
| **HIPOGLICEMIA** |  |  |  | **FADIGA** |  |
| **TAXA DE TRIGLICÉRIDES ALTERADA** |  |  |  | **SONOLÊNCIA** |  |
| **TAXA DE COLESTEROL ALTERADA** |  |  |  | **INSÔNIA** |  |
|  |  |  |  | **PESADELOS E AGITAÇÕES NOTURNA** |  |
| **TONTURAS/ FALTA DE EQUILÍBRIO** |  |  |  | **ALTERAÇÕES NA AUDIÇÃO / OUVIDO** |  |
| **FRAQUEZA / DESMAIO** |  |  |  | **ALTERAÇÕES NA VISÃO / OLHOS** |  |
|  |  |  |  | **ALTERAÇÃO DE HUMOR** |  |
| **MICOSE/ ECZEMA/ PSORÍASE/ CASPA** |  |  |  | **DEPRESSÃO** |  |
| **ANEMIA** |  |  |  | **SÍNDROME DO PÂNICO** |  |
| **QUEDA DE CABELOS** |  |  |  |  |  |
| **UNHAS FRÁGEIS / QUEBRADIÇAS/ ESCAMAÇÃO** |  |  |  |  |  |
| **PELE RESSECADA** |  |  |  | **ARDÊNCIA / PRURIDO (VAGINAL E/ OU ANAL)** |  |
| **ALTERAÇÕES NAS UNHAS (ESTRIAS/ MANCHAS)** |  |  |  | **BRUXISMO / TENSIONAMENTO** |  |

**OUTROS SINTOMAS E OBSERVAÇÕES:**

**Avaliação antropométrica:**

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

* **Circunferências:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data:** |  |  |  |
| **Abdominal** |  |  |  |  |
| **Quadril** |  |  |  |  |
| **Gluteo** |  |  |  |  |
| **Braço** |  |  |  |  |
| **Punho** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Dobras Cutâneas**

**Exames Laboratoriais:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Data:** |  |  |
| **Hemoglobina** |  |  |  |
| **Hematócrito** |  |  |  |
| **Leucograma** |  |  |  |
| **Eusinófilo** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ferritina** |  |  |  |
| **Saturação de trsferrina** |  |  |  |
| **Glicemia** |  |  |  |
| **Insulina** |  |  |  |
| **Àcido úrico** |  |  |  |
| **Colesterol total** |  |  |  |
| **HDL** |  |  |  |
| **LDL** |  |  |  |
| **trigliceridios** |  |  |  |
| **Vit D** |  |  |  |
| **Vit B12** |  |  |  |
| **Folato** |  |  |  |
| **Zinco** |  |  |  |
| **Cobre** |  |  |  |
| **Mg** |  |  |  |
| **TSH** |  |  |  |
| **T3** |  |  |  |
| **T4** |  |  |  |
| **Cortisol matinal** |  |  |  |
| **PH urinário** |  |  |  |
| **Densidade Urinári** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Observações Gerais**