

ANAMNESE NUTRICIONAL

Data://	_		
Nome Completo:			
🖸 Data de Nascime	nto://	Idade (anos):
⊙ Telefones de con	rato:		
i Emails de contato	o:		
🖸 Estado Civil:		Quantas pessoas moran	n na mesma casa:
Filhos? Quantos/	dades:		
· Profissão:			
Meio de transpor	t <mark>e (de</mark> slocamento): ()Ĉ	Onibus ()Carro ()M	loto ()A pé ()Bicicleta
Rotina diária (qua	is são suas atividades er	n um dia "normal"):	
informe o seu pe	so atual (Kg):	_	Altura (cm):
🖸 Você pratica ativi	dade física atividade físio	ca?() Não () Sim.	
Se sim. Qual?			
🌣 Freqüência ativid	ade física (quantas vezes	na semana):	



·Ċ.	Horários da atividade física (horário que inicia e horário que termina):
·Ċ	Você costuma suar muito durante a atividade? () sim () não
·Ċ.	Fica ofegante durante a atividade? () não () pouco () moderadamente () muito
·Ċ	Como é sua alimentação antes e após atividade?
·Ċ.	Já utilizou suplementos alimentares ? Não () Sim ()
	Se sim.Quais?
·Ċ.	Utiliza atualmente algum suplemento alimentar ? Não ()Sim ()
	Se sim. Quais?
	Horários:
·Ċ.	Condição de saúde especial (colesterol, triglicérides, diabetes, outros): Não () Sim ()
	Se sim. Quais?
·Ċ.	Seus familiares próximos (irmãos, pais ou avós) apresentam condição de saúde especial (colesterol,
	triglicérides, diabetes, outros): Não () Sim () Se sim.
	Quais?
·Ċ	Você utiliza algum medicamento: Não () Sim ()
	Se sim. Quais?



·Ċ.	Como funciona seu intestino:
	() Normal - Freqüência
	() Preso - Freqüência
	() Diarréia - Freqüência
·Ċ.	Você tem alergia alimentar? Não () Sim () Quais alimentos?
·Ċ.	Você dorme bem? () sim () não Quantas horas:
·Ċ.	Você fuma? () sim () não Se sim, quantos cigarros por dia:
·Ċ.	Você consome bebida alcoólica? () sim () não
·Ċ.	Escreva os alimentos que NÃO GOSTA
·Ċ.	Escreva os alimentos que GOSTA MUITO
·Ċ.	Refeições que realiza em casa: ()Café da manhã, ()Almoço, ()Jantar, () Todas
·Ċ.	Tem o hábito de beber líquidos durante as refeições principais? () sim () não
·Ċ.	Geralmente quantas refeições faz por dia?
·Ċ.	Horário(s) em que sente mais fome:
·Ċ.	Fim de Semana: Muda muito os hábitos? () sim () não Se sim, o que principalmente?



Agora, faça um registro do seu consumo alimentar habitual, de acordo com o esquema a seguir:

- Na primeira coluna (*refeição/horário*) coloque o horário que a refeição é feita habitualmente (ver exemplo no quadro abaixo);
- Na segunda coluna (alimento) coloque o alimento ou as opções de alimentos que você consome frequentemente (ver exemplo);
- 3. Na terceira coluna (quantidade) coloque a quantidade de cada alimento relatado (ver exemplo);
- 4. Na quarta coluna (*observações gerais*) coloque as mudanças que eventualmente ocorrem em seu hábito alimentar (ver exemplo);
- 5. Anote tudo o que ingerir, tente lembrar-se de tudo (balas, chicletes, doces, chocolates, cafezinhos com açúcar OU adoçante, manteiga, azeite, molhos, água...)

6. Veja o exemplo a baixo:

	REGISTRO HABITUAL DO C	ONSUMO ALIMENTAR		
Refeição / h <mark>orári</mark> o	Alimento	Quantidade	Observações gerais	
06:30	Pão de forma	2 fatias	Faço 2 copos de requeijão de café e coloco 3 colheres sopa de açúcar para adoçar	
	Requeijão normal	1 colher de sopa		
	Café com açúcar	1 xic. 200ml		
	Banana	1 unidade		
N <mark>ão ten</mark> ho o hábito de				
comer nada	REMES	TADCADD	ODATIV	
	Arroz branco com alho	2 colheres grandes	BINTELLA	
	Feijão	1 concha grande	Como um tabletinho	
11:30	Carne (bife de boi)	1 pedaço grande (tamanho da mão)	de doce todos os dias – tipo bananada, pé de moleque (na embalagem diz que contem 15 gramas de	
11:30	Verdura crua (alface e tomate – 4 rodelas)	½ prato		
	Couve refogada	1 col. grande	doce)	
	Refresco de máquina	1 copo (200 ml)	<u></u>	
	Pão de sal com manteiga	1 unidade	No serviço o café não	
16:00	Café	Copinho de café	tem açúcar, coloco 5 gotas de adoçante. O	
16:00			pão já vem com	
			manteiga,	
20:00 21:00	Macarrão com molho vermelho	1 prato fundo		
	Suco de caixinha light (pêssego)	1 copo de requeijão	_	
			_	
00:00	Leite desnatado	1 copo requeijão	Só faço esta refeição	
	Toddy	1 col.sopa	qdo preciso ficar acordado para estudar (3 x/semana)	



AGORA FAÇA O SEU REGISTRO ALIMENTAR:

REGISTRO HA	ABITUAL DO CONSUMO AL	IMENTAR Data:/	_/
Refeição / horário	Alimento	Quantidade	Observações gerais
	BE	ECO	RE
	BEM ES	TAR CORP	DRATIV