|  |
| --- |
| Nome:  |
| E mail: Cel:  |
| Endereço: |
| Data de Nascimento: Peso : Altura: |
|  Trabalha/ estuda atualmente ? □ Sim □ Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| □ Solteiro □ Casado □ Divorciado/ separado Indicado por: médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) Amigos/ clientes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome)  Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Principais razões para a sua consulta:1-2- 3- **Como você acha que eu posso te ajudar?**  |

Já foi em nutricionista? Quais as recomendações feitas? O que funcionou?

**ALIMENTAÇÃO e NUTRIÇÃO**

Quantas refeições consome por dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantos copos de água bebe por dia? □ 6-8 □ 3-5 □ 1-2 copos

Horário que tem mais fome?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quando tem vontade de beliscar, come qual tipo de alimento?

Quais são os alimentos favoritos? Quais alimentos que não gosta?

E no final de semana? Restaurantes e hábitos?

Alergia alimentar? □ sim □ não

Intolerância ao glúten ou alergias a certos grãos? □ sim □ não

**Bebida alcoólica:**  □ Sim □ Não Qual tipo?

Quantas vezes por semana? Quantidade?

**Planejamento e suporte**:

□ pouco tempo para preparar os alimentos

□ como mais da metade das refeições fora de casa

□ não tenho disponibilidade alimentos saudáveis em casa

□ Amigos e família não gostam de alimentos saudáveis

□ eu planejo as minhas refeições □ Nunca □ 25% □ 50% □ 75% □ 100%

□ eu cozinho as minhas refeições □ Nunca □ 25% □ 50% □ 75% □ 100%

□ eu sou criativo no preparo das minhas refeições

|  |
| --- |
| **Q**uem faz compras? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quem cozinha? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Você ingere algum alimento ao acordar? □ S □ N Horário: \_\_\_\_\_

Alimento:

Você está habituado a comer antes do almoço? □ S □ N Horário: \_\_\_

Alimento:

Você está habituado a almoçar? □ S □ N Horário: \_\_\_

Alimento:

Você está habituado a comer à tarde? □ S □ N Horário: \_\_\_

Alimento:

Você está habituado a jantar? □ S □ N Horário: \_\_\_\_

Alimento:

|  |
| --- |
| Você está habituado a comer antes de deitar? □ S □ N Horário: \_\_\_\_Alimento: |
| Marque qual a frequência que consome os alimentos: 0, 1, 2, 3 ou 4 vezes, por dia (D) OU Por Semana (S) ou Por mês (M)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de alimento**  | D | S | M |
| Arroz branco, batata inglesa, macarrão |  |  |  |
| Arroz ou macarrão integral, quinoa em grãos |  |  |  |
| Feijões, lentilhas, grão de bico |  |  |  |
| Peixes: salmão, atum, truta |  |  |  |
| Carne vermelha |  |  |  |
| Aves  |  |  |  |
| Ovos |  |  |  |
| Batata doce, Aipim, Abóbora; inhame |  |  |  |
| Couve, espinafre, rúcula, alface  |  |  |  |
| Couve flor, brócolis, abobrinha,  |  |  |  |
| Sopas e saladas |  |  |  |
| Castanhas e sementes |  |  |  |
| Frutas (secas ou frescas) |  |  |  |
| Semente de Linhaça; chia, farelo de aveia, |  |  |  |
| Leite, Iogurte, Queijo, |  |  |  |
| Pão de forma ou francês ou cereal matinal |  |  |  |
| Pão artesanal e produtos com farinha integral  |  |  |  |
| Embutidos (blanquet, presunto) |  |  |  |
| biscoito crakers, barra de cereal,  |  |  |  |
| Cookies, bolo; balas, biscoito recheado |  |  |  |
| Sobremesa Exemplo:  |  |  |  |
| Refrigerantes, sucos de caixinha, gatorade |  |  |  |
| Alimentos prontos congelados-pizza, lasanha |  |  |  |
| Alimentos orgânicos: □ Nunca □ 25% □ 50% □ 75% □ 100% |

 |

**COMPORTAMENTO E PESO**

Peso desejável: peso há 1 ano: peso há 10 anos:

Peso: □ ioiô □ Estável □ Aumento gradual □ Perda Gradual

□ Aumento rápido □ Não mantém peso saudável

**Mastigação** □ Lenta □ Rápida □ Como demais

□ Sem padrão no dia a dia □ não planejo as refeições

□ dependo de itens de conveniência □ lanches pobres

□ Pulo refeição □ Como muito tarde

□ beliscador □ “como sem pensar”

□ Como pouco no estresse □ Como muito no estresse

□ como fazendo outra coisa (TV, lendo; celular)

□ Comedor emocional (quando está triste, sozinho, deprimido, chateado

□ relação ruim com a comida

**SAUDE MENTAL e EMOCIONAL**

**Como é o seu humor ao longo do di**a? □ feliz □ contente □ irritado

□ triste ou deprimido □ Estressado agitado □estressado cansado

□ Pequenos problemas me tiram do “sério”

□ me sinto frustrado, impaciente e nervoso a maior parte do tempo

**Sono:** Qualidade do sono? □ excelente □ Bom □ Ruim

□ Dificuldade para dormir □ Sono restaurativo □ sonolência de dia

□ ronco □ apneia □ agitação noturna

Horas dormidas por noite: durante a semana: \_\_\_\_ final de semana\_\_\_\_

**Concentração para as atividades intelectuais:** □ Boa □ Regular □ Ruim **Memória:** □ Para fatos recentes: □ Boa □ Regular □ Ruim

 □ Para fatos antigos: □ Boa □ Regular □ Ruim

**ENERGIA**

Em um dia típico, minha energia é alta e sou capaz de fazer o melhor

□ sempre □ às vezes □ raramente □ nunca

**Disposição Física**: Manhã: Boa □ Regular □ Ruim □

Tarde: Boa □ Regular□ Ruim □ Noite: Boa  Regular  Ruim 

**O que aumenta a energia:** □ sono; □ exercício; □ comer saudável; □ manejo do estresse; □ relaxamento □atividades espirituais

**O que reduz a minha energia:** □ dificuldade para dormir □ pouco exercício físico □ estresse □ questões emocionais □ trabalho □ financeiro

**Carga de estresse** □ alta □ moderada □ baixa

**Como você reduz o seu estresse**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXERCÍCIO**

Faz exercício: □ Sim □ Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Flexibilidade □ Cardioaeróbico □ Força muscular

Qual tipo de exercício? Qual a frequência/ dias/ horas por semana?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como se sente após a prática? □ cansado □ energético

□ mais saudável □ menos estressado □ pior do que me sentia antes

Você tem planos para incluir mais exercício na sua vida? □ Sim □ Não

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Você é ativo por natureza: □ Sim □ Não

O que você faz quando não está realizando at. Física?

□ sentado na cadeira □ no sofá □ sempre se mexendo

Algum problema que limita a sua atividade? □ Sim □ Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Gastrointestinal:**□ Síndrome do intestino irritável □ Gastrite ou úlcera  | □ Refluxo gastro-esofágico□ Azia  |
| **Cardiovascular:**□Infarto/ derrame □ Hipertensão | □ Colesterol alto□ Edema  |
| **Endócrino/ metabólico:** □ hipotireoidismo□Diabetes□ Infertilidade □ ganho de peso □ Infertilidade □ Anemia  | □Hipertireoidismo□ Síndrome metabólica□Esteatose hepática (gordura no fígado)□ Flutuação de peso□ Síndrome do ovário policístico |
| **Urinário e genital:**□ Gota □ pedra nos rins  | □Infecção urinária□ infecção fungica (cândida)  |
| **Musculo esquelético/ dor**□ Osteoporose/ osteopenia□ Artrite□ Dores Musculares | □ Fibromialgia□ Dores articulares□ flacidez muscular |
| **Inflamatória/ autoimune/ câncer** □ Síndrome da Fadiga crônica□ Artrite reumatoide □ Lúpus□ Alergias ambientais□ Alergias alimentares | □ Cansaço, moleza □ Baixa função imunológica (infecção frequente)□ Sensibilidades prod. químicos□ Câncer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Doença respiratória:**□ Asma | □ Apnéia do sono |
| **Neurológico/ humor** □ Depressão□ Ansiedade□ insônia  | □ Dores de cabeça□ Mudanças de humor□ TMP |

**SAÚDE**

**Em geral minha saúde é:**

□Pobre □Razoável □Boa □Muito □ Boa □Excelente

Você tem um médico de confiança que você visita regularmente?

□Não □ Mais ou menos □ Sim

**Fumo:** □ Sim □ Não

**Evacuação e digestão:** □ Normal □ Obstipado □ Diarréico □ **Diário**

□ **Irregular** □ **Sensação esvaz. Completo** □ Gases □distensão abdominal □desconforto abdominal

**Liste todas as medicações e suplementos:**

(Ex. Capoten, Captopril, 25mg, 1 cp de 12 em 12 horas – Uso contínuo)

**SATISFAÇÃO E EQUILIBRIO**

Eu mantenho um equilíbrio entre trabalho, família, amigos e tempo para mim: □ sempre □ às vezes □ raramente □ nunca

Qual a área que você gostaria de ter mais tempo? □ trabalho, □ família, □ amigos

Alguma situação na sua vida que você gostaria de mudar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinale as áreas que você gostaria que fossem trabalhadas nas consultas, além da alimentação (até 4 opções):**

□Melhorar o bem estar (saúde e felicidade) □ Melhorar a alimentação

□ melhorar o comportamento alimentar □ Melhorar a energia

□Aumentar At física □ Melhorar a produtividade

□Emagrecer □Melhorar o sono □ Gerenciar melhor estresse

□ melhorar a saúde (intestino, colesterol) □Melhorar o equilíbrio de vida

□ melhorar saúde mental e emocional □Melhorar a satisfação no trabalho

**Nível de comprometimento com o acompanhamento nutricional?(0-10)**