

>> LEIA OS AVISOS ABAIXO:

- Para baixar: Vá em Arquivo > baixar > Microsoft word;
- Favor manter a ficha em arquivo WORD;
- Enviar ficha para: agendanutridenise@gmail.com

VIDEOCHAMADA

Google meet (computador) (link enviado por e-mail e whatsapp)
Whatsapp

FORMA DE PAGAMENTO

PIX >> agendanutridenise@gmail.com
Crédito – via link de pagamento (pode ser parcelado, com repasse de taxa)
Transferência internacional: código IBAM ou PAYPAL

DADOS PESSOAIS

Nome completo		CPF	
Endereço			
Cidade		Data 1ª consulta	
Data Nascimento		Idade	
Profissão/ ocupação		Estado Civil	
Religião / Doutrina		Possui plano médico?	
Email		Celular	

OBJETIVO DA CONSULTA

TIPO DE DIETA ATUAL (Tradicional /
ovolactovegetariana/ vegetariana estrita)

MOTIVO DIETA VEGETARIANA

DADOS CLÍNICOS

ROTINA - TRABALHO / ESTUDOS / ATIVIDADE FÍSICA (O que? Em qual horário? Em que dias da semana?)

JÁ FEZ ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL ANTES? (Deu certo? Não? Por que não?)

Fumante	() não		() sim	
Ex-fumante	Quando parou?		Por quanto tempo fumou?	

(HMA/P)
- POSSUI ou JÁ TEVE - ALGUMA DOENÇA OU CONDIÇÃO DE SAÚDE?
- TEM ALGUMA QUEIXA?
(De qualquer natureza – cirurgia, oscilações de peso, gástricas, renais, digestivas)?

(HMF) HISTÓRICO FAMILIAR DE SAÚDE (Pai, mãe, irmãos, avós)
(Adquirido ou genético – Diabetes, hipertensão, reumatismo, câncer, doenças de pele, etc)

MEDICAMENTOS/ SUPLEMENTOS *(Quais, dosagens, quando começou e qual finalidade?)*

QUESTIONÁRIO (espaço a ser preenchido pelo Nutricionista)

- ☐ COVID (s/n) / vacinas
- ☐ Func intestinal
- ☐ Gases
- ☐ Distensão abdominal
- ☐ Azia/Refluxo
- ☐ Dores musculares/articulares
- ☐ Cabelo/ Unhas
- ☐ Pele
- ☐ Rinite/Sins/Bronquite
- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Memória/ Concentração
- ☐ Ansiedade/ Irritabilidade/ Estresse
- ☐ Humor / Depressão
- ☐ Alguma terapia/ acompanhamento psicológico?
- ☐ Sono
- ☐ Fadiga
- ☐ Menstruação / Menopausa
- ☐ TPM:



Denise Kowski
nutricionista

- ☐ Gestações (nº e como?)
- ☐ Edema
- ☐ Libido
- ☐ Imunidade

DADOS DIETÉTICOS

ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR?	ALIMENTOS QUE NÃO GOSTA	ALIMENTOS INDISPENSÁVEIS / QUE GOSTA MUITO
>	>	>

FREQUÊNCIA ALIMENTAR

DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA (Ex: 1x dia / 1x semana / 1x mês)
Leite	
Queijo	
Açúcar	
Doces	
Refrigerante	
Bebidas adoçadas (suco caixinha, chá mate, etc)	
Bebida alcoólica	
Café	

RECORDATÓRIO ALIMENTAR 24H

Água durante o dia		Água no treino	
Mastigação	() lenta () moderada () rápida		
CAFÉ DA MANHA (horário:)			
ALMOÇO (horário:)			

LANCHE DA TARDE (horário:)
JANTAR (horário:)
CEIA (horário:)

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

ALTURA (m)		Circunferência PULSO (cm)		CO (pulso) (cm)	
PESO IDEAL CO (kg)		Peso ideal IMC21/22 (kg)			
PESO					
Dados \ Dat					
Peso (kg)					
IMC (kg/m²)					
IMC - classificação					
CIRCUNFERÊNCIAS					
Bíceps relaxado (D/E)					
Bíceps contraído (D/E)					
Antebraço					
Cintura					
Abdômen					
Peitoral (H)/ Busto (M)					
Quadril					
Coxa média relaxada (D/E)					
Coxa média contraída (D/E)					
Panturrilha (D/E)					
DOBRAS CUTÂNEAS – RESERVADO AO NUTRICIONISTA					
Biceps (D/E) Peitoral (D) Abdômen Suprailíaca Coxa (D/E) Axilar média (D) Triceps. (D/E) Subescapular (costas)					



Denise Kawski
nutricionista

Panturrilha (D/E)

%GC

Pressão arterial

Frequência de repouso

OBSERVAÇÃO:

Tu podes enviar fotos (de frente, costas e perfil) para comparação.

Estas fotos em hipótese alguma serão publicadas ou enviadas para alguém. Serão arquivadas somente para âmbito de comparação evolutiva.

-Mulheres > Biquini

-Homens > Bermuda/sunga