

● **PARA BAIXAR: Vá em Arquivo > baixar > Microsoft word**

- Favor manter a ficha em arquivo WORD.
- Enviar ficha para: agendanutridenise@gmail.com

FORMA DE PAGAMENTO	
	Transferência PIX
	Boleto 1x
	Boleto 2x
	Crédito (pode ser parcelado, com repasse de taxa)

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	

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

--

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

--

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 peso, gástricas, renais, digestivas)?

--

(HMF) HISTÓRICO FAMILIAR DE PROBLEMAS DE SAÚDE.

(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:
- ☐ 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 (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 Treino	
Mastigação: ()lenta () moderada () rápida			
CAFÉ DA MANHA (horário ____)			
ALMOÇO (horário ____)			
LANCHE DA TARDE (horário ____)			
JANTAR (horário ____)			
CEIA (horário ____)			