



FORMULÁRIO 5 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Data: _____/_____/_____ Prontuário: _____
Nome: _____ Sexo: () M () F
Data nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____ Naturalidade: _____

1. HISTÓRIA PREGRESSA: _____

2. HISTÓRIA FAMILIAR: _____

3. MEDICAMENTOS EM USO: _____

4. EXAMES BIOQUÍMICOS: _____

5. ANTROPOMETRIA - PESO USUAL/ANTES DA CIRURGIA

Data										
Peso atual (Kg)										
Altura (m)										
Imc										

6. FUNCIONAMENTO INTESTINAL

Frequência: _____
Horário fixo? () Não () Sim Qual? _____
Consistência: _____

7. SINTOMAS

Constipação: () Não () Sim Frequência: _____
Alimentos relacionados: _____

Gases: () Não () Sim Frequência: _____
Alimentos relacionados: _____

Diarreia: () Não () Sim Frequência: _____
Alimentos relacionados: _____



FORMULÁRIO 5 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

8. INQUÉRITO ALIMENTAR

Horários - Levanta: _____ Deita: _____ Trabalha/estuda: _____

Desjejum Horário:		
Colação Horário:		
Almoço Horário:		
Lanche da Tarde Horário:		
Jantar Horário:		
Ceia Horário:		

Obs.: _____

Nutricionista - Assinatura e carimbo