

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL

Unidade: _____ Data: ____/____/____ Prontuário: _____

Identificação

Nome _____ Sexo: () F () M

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Profissão: _____

História da Moléstia Atual

Doença familiar: _____

Doença pregressa: _____

Doença atual e /ou objetivo: _____

Faz uso de algum medicamento: _____

Situação da ferida: _____

Pressão Arterial: _____ Glicemia: _____

Fuma: _____ Consome bebidas alcóolicas: _____

Água: _____

Alterações do Trato Gastrointestinal

() Anorexia () Disfagia () Dificuldade de mastigação () Náusea

() Vômito () Diarréia () Constipação Há quanto tempo: _____

Consistência das fezes: _____ Frequência: _____ Classificação: _____

(Escala de Bristol)

Medicamentos:

Medicamento	Dosagem	Administração	Interação Droga X Nutriente	Efeitos Colaterais

Atividade Física

Tipo / Duração: _____ Frequência: _____

Exame físico:

Cabelo:	Unhas:
Face:	Pele:
Olhos:	Mucosa:
Boca:	

Dados Antropométricos

Data									
Peso									
CB									
Cir.Cintura									
CMB									
Abd									

Peso habitual: _____ Peso atual: _____ Peso ideal: _____
Altura atual: _____ IMC atual: _____ IMC desejável: _____

História Dietética

Registro Alimentar

REFEIÇÕES / HORÁRIO	ALIMENTOS / QUANTIDADE	LOCAL
DESJEJUM		
COLAÇÃO		
ALMOÇO		
LANCHE		
JANTAR		
CEIA		

Exames Bioquímicos

[illegible]

Diagnóstico Nutricional

Conduta: _____

GEB: _____ GET: _____

Cálculos do plano alimentar

Distribuição % de Macronutrientes:

% CHO

% PTN

% LIP

Responsável pela consulta: _____

Evolução

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper. There are no margins, text, or other markings on the page.