



Contribuição da orientação dietética cardioprotetora sobre marcadores Inflamatórios e de Estresse Oxidativo em adultos e idosos obesos sobreviventes a Acidente Vascular Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio em um Serviço de Referência do SUS no Estado de Alagoas.

FICHA CLÍNICA

INICIAIS DO PARTICIPANTE:

--	--	--

Nº IDENTIFICAÇÃO:

--	--	--

CÓDIGO GRUPO:

--	--	--

PPSUS 2021-2023

FICHA CLÍNICA *BASELINE*

Elegibilidade

Critérios de inclusão:

Sobrevivente de IAM ☐	Sobrevivente de AVE ☐
Data do Evento: ____/____/____	Clinicamente estável ☐
Idade $\geq$ 20 anos ☐	IMC $\geq$ 25 Kg/m ² ☐
Idade $\geq$ 60 anos ☐	IMC $>$ 27 Kg/m ² ☐
Homem Circunferência abdominal $\geq$ 90 cm ☐	Excesso de gordura corporal segundo PCT ☐
Mulher Circunferência Abdominal $\geq$ 80 cm ☐	Excesso de gordura corporal segundo BIA ☐
Sem indicação de cirurgia ou outro procedimento invasivo ☐	Com condições para contato telefônico e/ou outra forma de contato remoto (possuir celular e referir facilidade de sinal para contato) ☐

Esse indivíduo é elegível. Consente em participar do estudo e assinou TCLE? ☐ 1- Sim 2- Não

Data de assinatura do TCLE: ____/____/____

Randomização

Grupo Intervenção IAM ☐	Grupo Controle IAM ☐
Grupo Intervenção AVE ☐	Grupo Controle AVE ☐
Data da randomização: ____/____/____	

Códigos de Identificação do Voluntário

INICIAIS (1a, 2a e última letras): ____ CÓDIGO: GRUPO () G1 () I ou () C
GRUPO () G2 () I ou () C

G1: IAM, G2: AVE; I: Intervenção, C: controle. Número na planilha excel: _____

Dados de Identificação do Voluntário

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
 Rubrica: _____ Data: ____/____/____

Nome do participante (completo, por extenso e em letras de forma)		Sexo ☐ 1-M - Masculino/ 2-F - Feminino	
Data de Nascimento ____/____/____	Idade (anos)	Raça/Cor ☐ 1-Branca 2-Preta 3-Parda 4-Amarela 5-Indígena	
RG:		CPF:	
Cartão SUS:		Data da alta hospitalar: ____/____/____	
Prontuário HGE:		Prontuário HUPAA:	
Profissão/ocupação:			
Estado Civil: ☐ 1-Solteiro 2-Casado 3-Divorciado 4-Viúvo 5-União estável			
Endereço completo (com CEP):			
Telefones para contato:			
E-mail:			
Nome da mãe:			
Contatos			
Pessoa de contato 1 (familiar ou amigo próximo)			
Nome completo:			
Relação com o participante:			
Telefones para contato:			
Pessoa de contato 2 (familiar ou amigo próximo)			
Nome completo:			
Relação com o participante:			
Telefones para contato:			

Classificação econômica (CCEB, 2019)					
Posse de itens	Quantidade de itens				
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que	0	1	2	3	4 ou +

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
 Rubrica: _____ Data: ____/____/____

trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de banheiros	0	1	2	3	4 ou +
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de geladeiras	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de lavadora de louças	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de fornos de micro-ondas	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	0	1	2	3	4 ou +
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	1	2	3	4 ou +

Acesso a Serviços Públicos

Água encanada	☐ Sim ☐ Não
Rua pavimentada	☐ Sim ☐ Não

Grau de Instrução

Nomenclatura	Chefe da Família	Participante
Analfabeto/Fundamental I incompleto		
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto		
Fundamental II completo / Médio incompleto		
Médio completo / Superior incompleto		
Superior completo		

Renda

No. de membros na família: _____
 Renda familiar: _____

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

Quanto dessa renda é benefício? _____
Qual benefício? _____

Dados Clínicos

Data: ____/____/____	PAS (mmHg):	PAD (mmHg):
Data: ____/____/____	PAS (mmHg):	PAD (mmHg):
Data: ____/____/____	PAS (mmHg):	PAD (mmHg):
HAS ☐ 1-Sim 2-Não	Diabetes ☐ 1-Sim 2-Não	Dislipidemia ☐ 1-Sim 2-Não
Doença Renal 1-Sim 2-Não	Evento prévio: IAM ☐ Angina ☐ AVE ☐ 1-Sim 2-Não	

Outras comorbidades relacionadas

História familiar (parente de 1 grau): HAS ☐ DM ☐ DISL ☐ IAM ☐ AVE ☐ 1-Sim 2-Não

Dados Bioquímicos

Data: ____/____/____		
Colesterol Total (mg/dL):	Triglicerídeos (mg/dL):	LDL-c (mg/dL):
HDL-c (mg/dL):	Não-HDL-c (mg/dL):	VLDL (mg/dL):
Insulina: Unid:	Glicemia (mg/dL)	Hb Glic (mg/dL)
Sódio: Unid:	Potássio: Unid:	Cálcio: Unid:
Magnésio: Unid:	Fósforo: Unid:	PCR (mg/L):
PCR-US(mg/L):	Ck: Unid:	CKMB: Unid:
TGO/AST (U/L):	TGP/ALT(U/L):	Ferritina(mg/dL):
Uréia (mg/dL):	Creatinina(mg/dL):	Ác úrico (mg/dL):
IL-6: Unid:	IL-8: Unid:	IL-10: Unid:

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

TNF- α :	Unid:	SOD:	Unid:	CAT:	Unid:
GPx:	Unid:	GSH:	Unid:	Sódio Urinário:	mg
Potássio Urinário:	mg	AG C15:		AG C17:	
HEMOGRAMA					
Eritrograma					
Hemácias (milhões/mm ³):		Hemoglobina (g/dL):		Hematócrito (%):	
Índices hematimétricos					
VCM (fL):		HCM (pg):		CHCM (g/dL):	
RDW (%):					
Leucograma					
Leucócitos (cél./mm ³):		Neutrófilos (cél./mm ³):		Promielócitos (cél./mm ³):	
Mieloblastos (cél./mm ³):		Mielócitos (cél./mm ³):		Metamielócitos (cél./mm ³):	
Bastonetes (cél./mm ³):		Segmentados (cél./mm ³):		Eosinófilos (cél./mm ³):	
Basófilos (cél./mm ³):		Linfócitos (cél./mm ³):		Linfócitos atípicos (cél./mm ³):	
Monócitos (cél./mm ³):		Linfoblastos (cél./mm ³):		Monoblastos (cél./mm ³):	
Blastos (cél./mm ³):					
Plaquetas					
Contagem de Plaquetas(μ l):		Volume Médio Plaquetário (fL):			
Coagulograma					
TS		TP		TT	
TTPA					
VHS (mm/h)					

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

Biorrepositório/Material biológico	
Armazenamento de sangue total	☐ 1-Sim 2 Não
Armazenamento de plasma	☐ 1-Sim 2 Não
Coleta de urina de 24 h	☐ 1-Sim 2 Não
Análise de microbiota intestinal (Subamostra de voluntários)	
Coleta de fezes ?	☐ 1-Sim 2 Não
Dados Antropométricos	
Data: ____/____/____	
Peso 1 (kg):	Peso 2 (kg):
Altura 1 (cm):	Altura 2 (cm):
Altura do Joelho 1 (cm):	Altura do Joelho 2 (cm):
Altura recumbente 1 (cm):	Altura recumbente 2 (cm):
Semi Braçada 1 (cm):	Semi Braçada 2 (cm):
Circ. Abdominal 1 (cm):	Circ. Abdominal 2 (cm):
Circ. Quadril 1 (cm):	Circ. Quadril 2 (cm):
Circ. Pescoço 1 (cm):	Circ. Pescoço 2 (cm):
Circ. Punho 1 (cm):	Circ. Punho 2 (cm):
Circ. Panturrilha 1 (cm):	Circ. Panturrilha 2 (cm):
Circunferência do Braço 1 (cm):	Circunferência do Braço 2 (cm):
Prega Cutânea Tricipital 1 (cm):	Prega Cutânea Tricipital 2 (cm):
Prega Cutânea Subescapular 1 (cm):	Prega Cutânea Subescapular 2 (cm):
Dados do exame de dinamometria do voluntário - força de preensão da mão (FPM)	

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
Rubrica: _____ Data: ____/____/____

FPM direita 1:	FPM direita 2:
FPM esquerda 1:	FPM esquerda 2:
Dados do exame de bioimpedância elétrica	
Resistência: _____	Reatância: _____ Ângulo de fase: _____
Verificar se os dados necessários para o software BIA analisar composição corporal: Peso: ☐ Altura: ☐ Atividade física: ☐ Restrito ao leito ☐ Deambulando. 1-Sim 2 Não	
Fatores de risco	
Antecedentes Familiares - cardiovasculares ☐ Sim 2-Não	
Tabagista: ☐ Sim 2-Não	Se Sim, qual a frequência: _____ Há quanto tempo _____
Ex-Tabagista? ☐ Sim 2 Não	Há quanto tempo? _____
Fumante Passivo? ☐ Sim 2 Não	Se sim, ☐ Domicílio 2- Trabalho 3-Domicílio/Trabalho
Você diria que: ☐ 1. Bebe todo dia 2. Bebe todo final de semana 3. Bebe em ocasiões especiais 4. Não bebe (Se mulher) Dentro dos últimos 30 dias fez ingestão de 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? ☐ 1-Sim 2-Não (Se homem) Dentro dos últimos 30 dias fez ingestão de 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? ☐ 1-Sim 2-Não	
Realiza exercício físico? ☐ Sim 2-Não	
Qual ? _____	Frequência: _____ Duração: _____

Presença de complicações (exceto IAM e AVE que motivaram sua inclusão no estudo)	
Infarto agudo do miocárdio ☐ Sim 2-Não	Outras coronariopatias ☐ Sim 2-Não
Acidente vascular cerebral ☐ Sim 2-Não	Doença renal ☐ Sim 2-Não

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
Rubrica: _____ **Data:** ____/____/____

Hipertensão ☐ Sim 2-Não	Diabetes ☐ Sim 2-Não
61.Outras comorbidades relacionada ☐ 1-Sim 2-Não Se sim, quais?	

Tratamento medicamentoso pré-evento

Faz uso de medicação para tratamento da Hipertensão? ☐ 1-Sim 2- Não

Faz uso de medicação para tratamento da Diabetes? ☐ 1-Sim 2- Não

Por exemplo:

Beta bloqueador: atenolol, bisoprolol, propranolol, pindolol

Diuréticos: hidroclorotiazida, indapamida

Inibidores da ECA: captopril, enalapril, lisinopril, benazepril

Antagonista de canais de cálcio: verapamil retard, anlodipino, nifedipino retard

Antidiabéticos/hipoglicemiantes: sulfonilureia, metformina, insulina

Se sim, informar o medicamento e a dose utilizada:

Medicamento 1: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 2: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 3: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 4: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 5: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 6: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 7: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____

Obs.: caso não saiba informar, verificar alternativas de coletar o dado.

Se não faz uso de medicação, como mantém a pressão arterial sob controle?: _____

Se não faz uso de medicação, como mantém a diabetes sob controle?: _____

Medicação prescrita no momento da alta hospitalar

Medicamento 1: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 2: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 3: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 4: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 5: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 6: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____
Medicamento 7: _____	Nº comprimidos/dia : _____	Dosagem: _____

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

Dados dietéticos**1. DIA ALIMENTAR HABITUAL (DAH)****(seguir o passo a passo descrito no Manual de Execução da Pesquisa)**

Refeições/ Horários	Alimentos	Quantidades	Observações

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

--	--	--	--

2. Anamnese alimentar resumida: Solicitar ao voluntário: “Por favor Sr(a), informe até 10 alimentos ou preparações que você costuma comer ou beber e que não tenha sido citado:

Alimento	Frequência	Quantidade Consumida
----------	------------	----------------------

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

3) Refeições que costuma fazer por dia

- ☐ café da manhã ☐ almoço ☐ jantar
☐ lanche manhã ☐ lanche tarde ☐ lanche noite

4) Qual o tipo de óleo/gordura utilizada no cozimento/preparo de suas refeições?

- (00) Não usa (04) Óleo de soja/milho/outros
(01) Margarina (05) Bacon
(02) Manteiga (06) Banha
(03) Azeite de oliva (07) Não sabe/não cozinha

5) Sobre o consumo de carnes:**a) Quando você come carne de boi/vaca ou de porco, você costuma comer a gordura visível?**

- (1) Nunca/raramente (2) Algumas vezes (3) Sempre

b) Quando você come carne de frango, costuma comer a pele?

- (1) Nunca/raramente (2) Algumas vezes (3) Sempre

6) Você costuma acrescentar sal na comida depois de pronta?

- (1) Nunca/raramente (2) Algumas vezes (3) Sempre

7) Quanto tempo dura 1kg de sal na sua casa? _____**8) Quantos moradores da sua casa são consumidores de sal? _____**

(p. ex. bebês são potencialmente não consumidores de sal)

Data da alta hospitalar: ____/____/____

FICHA CLÍNICA – AVALIAÇÃO PÓS TRÊS MESES DO *BASELINE*

Identificação do Voluntário

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

INICIAIS (1a, 2a e última letras): _____

CÓDIGO: _____

Dados dietéticos**RECORDATÓRIO DE 24 HORAS (R24H)**
(seguir o passo a passo descrito no Manual de Execução da Pesquisa)

Dia da semana em que foi realizada a entrevista:

Não esquecer de anotar a refeição, o local onde foi realizada e os alimentos e/ou preparações (ingredientes) consumidos no dia anterior. Anotar as marcas comerciais, medidas caseiras e os utensílios (tipo de colher, copo, prato, etc). Maior detalhamento consultar o Manual.

Refeições, local e horário	Alimentos e/ou Preparações	Quantidades

Recordatório 24 horas

Continuação

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

Refeições, local e horário	Alimentos e/ou Preparações	Quantidades

FICHA CLÍNICA – AVALIAÇÃO PÓS SEIS MESES DO *BASELINE*

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
Rubrica: _____ Data: ____/____/____

Identificação do Voluntário

INICIAIS (1a, 2a e última letras): ____ ____ ____

CÓDIGO:

Dados Antropométricos

Data: ____ / ____ / ____

33. Peso 1 (kg):

33. Peso 2 (kg):

34. Altura 1 (cm):

34. Altura 2 (cm):

00. Altura do Joelho 1 (cm):

00. Altura do Joelho 2 (cm):

00. Altura recumbente 1 (cm):

00. Altura recumbente 2 (cm):

00. Semi Braçada 1 (cm):

00. Semi Braçada 2 (cm):

35. Circ. Abdominal 1 (cm):

35. Circ. Abdominal 2 (cm):

35. Circ. Quadril 1 (cm):

35. Circ. Quadril 2 (cm):

36. Circ. Pescoço 1 (cm):

36. Circ. Pescoço 2 (cm):

00. Circ. Punho 1 (cm):

00. Circ. Punho 2 (cm):

37. Circ. Panturrilha (cm):

37. Circ. Panturrilha 2 (cm):

00. Circunferência do Braço 1 (cm):

00. Circunferência do Braço 2 (cm):

00. Prega Cutânea Tricipital 1 (cm):

00. Prega Cutânea Tricipital 2 (cm):

00. Prega Cutânea Subescapular 1 (cm):

00. Prega Cutânea Subescapular 2 (cm):

Dados do exame de dinamometria - força de preensão da mão (FPM)

FPM direita 1:

FPM direita 2:

FPM esquerda 1:

FPM esquerda 2:

Dados do exame de bioimpedância elétrica

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____ / ____ / ____

Resistência: _____	Reatância: _____	Ângulo de fase: _____
Verificar se os dados necessários para o software BIA analisar composição corporal:		
altura ☐	Atividade física: ☐ leve ☐ moderada ☐ intensa	Peso ☐ 1-Sim 2 Não

Dados Bioquímicos		
Data: ____/____/____		
Colesterol Total (mg/dL):	Triglicerídeos (mg/dL):	LDL-c (mg/dL):
HDL-c (mg/dL):	Não-HDL-c (mg/dL):	VLDL (mg/dL):
Insulina: Unid:	Glicemia (mg/dL)	Hb Glic (mg/dL)
Sódio: Unid:	Potássio: Unid:	Cálcio: Unid:
Magnésio: Unid:	Fósforo: Unid:	PCR (mg/L):
PCR-US(mg/L):	Ck: Unid:	CKMB: Unid:
TGO/AST (U/L):	TGP/ALT(U/L):	Ferritina(mg/dL):
Uréia (mg/dL):	Creatinina(mg/dL):	Ác úrico (mg/dL):
IL-6: Unid:	IL-8: Unid:	IL-10: Unid:
TNF-α: Unid:	SOD: Unid:	CAT: Unid:
GPx: Unid:	GSH: Unid:	Sódio Urinário: mg
Potássio Urinário: mg	AG C15:	AG C17:
HEMOGRAMA		
Eritrograma		
Hemácias (milhões/mm ³):	Hemoglobina (g/dL):	Hematócrito (%):
Índices hematimétricos		
VCM (fL):	HCM (pg):	CHCM (g/dL):

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ **Data:** ____/____/____

RDW (%):		
Leucograma		
Leucócitos (céls./mm ³):	Neutrófilos (céls./mm ³):	Promielócitos (céls./mm ³):
Mieloblastos (céls./mm ³):	Mielócitos (céls./mm ³):	Metamielócitos (céls./mm ³):
Bastonetes (céls./mm ³):	Segmentados (céls./mm ³):	Eosinófilos (céls./mm ³):
Basófilos (céls./mm ³):	Linfócitos (céls./mm ³):	Linfócitos atípicos (céls./mm ³):
Monócitos (céls./mm ³):	Linfoblastos (céls./mm ³):	Monoblastos (céls./mm ³):
Blastos (céls./mm ³):		
Plaquetas		
Contagem de Plaquetas(μl):	Volume Médio Plaquetário (fL):	
Coagulograma		
TS	TP	TT
TTPA		
VHS (mm/h)		
Biorrepositório/Material biológico		
Armazenamento de sangue total ☐ 1-Sim 2-Não		
Armazenamento de plasma ☐ 1-Sim 2-Não		
Coleta de urina de 24 h ☐ 1-Sim 2-Não		

Dados dietéticos
1. RECORDATÓRIO DE 24 HORAS (seguir o passo a passo descrito no Manual de Execução da Pesquisa)
Dia da semana em que foi realizada a entrevista:

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____

Rubrica: _____ Data: ____/____/____

Não esquecer de anotar a refeição, o local onde foi realizada e os alimentos e/ou preparações (ingredientes) consumidos no dia anterior. Anotar as marcas comerciais, medidas caseiras e os utensílios (tipo de colher, copo, prato, etc). Maior detalhamento consultar o Manual de Execução da Pesquisa.

Refeições, local e horário	Alimentos e/ou Preparações	Quantidades

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
Rubrica: _____ Data: ____/____/____

--	--	--

2. DIA ALIMENTAR HABITUAL (DAH)
(Seguir o passo a passo descrito no Manual de Execução da Pesquisa)

Refeições/ Horários	Alimentos	Quantidades	Observações

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
Rubrica: _____ Data: ____/____/____

--	--	--	--

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
Rubrica: _____ Data: ____/____/____



--	--	--	--

Nome do(a) pesquisador(a) que preencheu: _____
Rubrica: _____ Data: ____/____/____