

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO



Nome do paciente _____

Nome do médico _____

Telefone do paciente _____ Telefone da Liga _____

Liga de Hipertensão de _____



Dept. de Hipertensão Arterial
da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Seção Ligas de Hipertensão

Prontuário _____ Ficha _____ Data ____ / ____ / ____

Identificação

Nome _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone _____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Idade _____ Sexo _____ Estado civil _____

RG: _____ Convênio _____

Escolaridade

Analfabeto

1º grau

Completo

Alfabetização rudimentar

2º grau

Incompleto

Superior

Condições socioeconômica

Ativo

Inativo

Aposentado

Dependente

Desempregado

Profissão _____

PA _____ Peso _____ kg Altura _____ m

Circunferência abdominal _____ Glicemia _____

Colesterol total _____ HDL _____

LDL _____ Triglicérides _____



Dept. de Hipertensão Arterial
da Sociedade Brasileira de Cardiologia
Seção Ligas de Hipertensão

1. Avaliação Nutricional

Nome: _____

Peso atual: _____ Estatura: _____

Diagnóstico: _____

2. Diagnóstico do estado nutricional

3. Características pessoais

Dentição: _____

Apetite: _____

Hábito intestinal: _____

Outros fatores que interferem no consumo e/ou assimilação

4. Anamnese Alimentar

Preferências alimentares: _____

Alimentos que não gosta: _____

Que alimentos sente falta: _____

Que horário sente mais fome: _____

Quem prepara a alimentação: _____

Dificuldade para cumprir a dicta: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nutricionista: _____

