

ANAMNESE ALIMENTAR
FICHA NUTRICIONAL

IDENTIFICAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

Nº DE PRONTUÁRIO:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO PRÉ GESTACIONAL:

PESO ATUAL:

() Primigesta () Multípara, nº de filhos: _____

() Gestação única () Gemelar

SEMANAS (IDADE) GESTACIONAL:

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE PARTO:

MEDICAMENTOS:

HPP:

EXAMES:

SINAIS E SINTOMAS

() Náuseas () Vômitos () Azia () Empachamento () Refluxo gastresofágico () Outros: _____

HÁBITOS

ATIVIDADE FÍSICA:

TABAGISMO:

() Não () Sim, nº de cigarros/dia: _____ Nº de pessoas fumantes na casa: _____

ETILISMO:

() Não () Sim, quantidade/frequência: _____

DROGAS:

EVACUAÇÃO (FREQUÊNCIA E ASPECTO DAS FEZES):

DIURESE: