

NOME:

N° DE PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

IMC:

MIH:

ALERGIAS/INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES:

COMORBIDADES:

TEMPO DE JEJUM:

FUNÇÃO INTESTINAL:

PRESSÃO ARTERIAL:

GLICEMIA:

ÍNDICE DE GLASGOW:

ACOMPANHANTE:

 Não Sim, nome: _____

DATA:

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

