

## Anamnese Nutricional

Nome: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_

Comprimento ao nascer: \_\_\_\_\_ Comprimento atual: \_\_\_\_\_

Familiares com:

( ) diabetes ( ) colesterol ( ) hipertensão ( ) outros

Criança apresenta ou apresentou problemas periódicos como:

( ) constipação ( ) refluxo ( ) bronquite ou asma ( ) diarreia  
( ) vômitos ( ) alergias ( ) verminoses ( ) anemias  
( ) mastigação lenta

Fez alguma cirurgia: ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Quando iniciou a dentição? \_\_\_\_\_

Criança pratica alguma atividade física: ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

### INQUÉRITO ALIMENTAR

Aleitamento materno: ( ) sim ( ) não Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Que tipo de leite usa atualmente? \_\_\_\_\_

Em que volume? \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

Marque com um X se a criança tem hábito de comer os alimentos dos grupos abaixo:

( ) leite ( ) derivados do leite ( ) grãos ( ) carne bovina  
( ) carne de aves ( ) carne de peixe ( ) vísceras ( ) frutas  
( ) massas ( ) ovos ( ) legumes ( ) verduras  
( ) doces ( ) sucos de frutas

Algum alimento ainda não lhe foi oferecido? ( ) sim ( ) não

Quais? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

**Criança apresenta alguma dificuldade para aceitar as refeições:**

( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

**Criança rejeita algum alimento:** ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

**Este alimento rejeitado é camuflado?** \_\_\_\_\_

**Alimenta-se bem, quanto à quantidade:** ( ) sim ( ) não

**Usa substituição quando não aceita a refeição:** ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

**Qual é a última refeição antes de ir para a creche:** \_\_\_\_\_

**Qual a última refeição antes de dormir?** \_\_\_\_\_

Horário? \_\_\_\_\_

**Local onde normalmente a criança se alimenta em casa:** \_\_\_\_\_

( ) sentado ( ) passeando ( ) outros: \_\_\_\_\_

Costuma comer fora de casa: ( ) sim ( ) não

Com que frequência? \_\_\_\_\_

**As refeições em família são feitas:** ( ) todos juntos ( ) separadamente

( ) juntos só nos finais de semana

**Observações complementares:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Nutricionista: \_\_\_\_\_

Direção: \_\_\_\_\_