

Ficha de Anamnese

Nome:

Telefone:

E-mail:

Data de Nascimento:

Idade:

Possui algum objetivo em mente?

Já fez algum tratamento anterior? Qual?

Profissão? Trabalha de que forma? (sentado, em pé)

História Patológica

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| () Ansiedade | () Depressão | () Obesidade | () Artrite / Artrose |
| () Dislipidemia | () Trombose | () Pedra rins / vesícula | () Doença Celíaca |
| () Diabetes Mellitus | () Hipertensão | () AVC | () Câncer |
| () Síndrome do Ovário Policístico | () Alterações da tireoide | () Arritmia | () Osteoporose / Osteoartrite |
| () Endometriose | () Infarto | () Ácido úrico aumentado | Outro: |

Sinais e Sintomas Gastrointestinais:

- | | | | |
|-------------|----------------------|-----------------------|--------------|
| () Azia | () Dor no intestino | () Náuseas / vômitos | () Gases |
| () Refluxo | () Dor no estômago | () Constipação | () Diarréia |

Hábito intestinal? () Constipado / () Diarreico / () Variado

Geralmente qual o formato das fezes?



Ocorre variação?

Frequência de evacuação na semana (em 7 dias)

Faz uso de laxante? Quantas vezes por semana?

Frequência urinária: Cor e odor da urina:

Utiliza alguma medicação? Qual?

Atividade Física e Sintomas

Faz atividade física? Qual? Frequência?

Possui insônia ou dificuldade para relaxar?

Como classifica seu sono? Dorme bem?

Possui estresse ou ansiedade?

Perda de cabelo, falta de crescimento capilar?

Unhas fracas ou quebradiças?

Pele flácida, celulite, rugas, falta de firmeza?

Dores musculares, articulares ou ósseas?

Sofre com retenção de líquidos?

Falta de memória, concentração ou raciocínio?

Baixa imunidade?

Sente fraqueza, indisposição ou cansaço?

Anamnese Alimentar

Consume água todos os dias?

Quanto?

Consume refrigerante ou suco?

Qual a frequência?

Utiliza alguma suplementação?

Qual?

Consume bebida alcoólica?

Qual a frequência?

Utiliza açúcar ou adoçante?

Qual a frequência?

Quantidade de água a ser consumida (40ml x Peso atual):

Mastigação suficiente?

Rápida/Moderada/Lenta?

Sente muita fome ao longo do dia?

Tem algum horário do dia que sente mais fome? () Manhã () Tarde () Noite

Intolerância alimentar?

Alimentos de preferência (frutas, legumes, grãos, sementes, etc):

Alimentos de aversão (frutas, legumes, grãos, sementes, etc):

Recordatório Alimentar

Café da Manhã:

O que geralmente consome? Quantidade?

Horário:

Lanche da Manhã:

O que geralmente consome? Quantidade?

Horário:

Almoço:

O que geralmente consome? Quantidade?

Horário:

Café da Tarde:

O que geralmente consome? Quantidade?

Horário:

Jantar:

O que geralmente consome? Quantidade?

Horário:

Ceia:

O que geralmente consome? Quantidade?

Horário:

Obs. Quais são os maiores erros que a paciente acredita estar cometendo para estar com o peso acima do ideal?

Suplementação indicada:

Tempo de método: