

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

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

Sinais e Sintomas Gastrointestinais:

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Azia | <input type="checkbox"/> Dor no intestino | <input type="checkbox"/> Náuseas / vômitos | <input type="checkbox"/> Gases |
| <input type="checkbox"/> Refluxo | <input type="checkbox"/> Dor no estômago | <input type="checkbox"/> Constipação | <input type="checkbox"/> 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

Consome água todos os dias?

Quanto?

Consome refrigerante ou suco?

Qual a frequência?

Utiliza alguma suplementação?

Qual?

Consome 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:

Horário:

O que geralmente consome? Quantidade?

Lanche da Manhã:

Horário:

O que geralmente consome? Quantidade?

Almoço:

Horário:

O que geralmente consome? Quantidade?

Café da Tarde:

Horário:

O que geralmente consome? Quantidade?

Jantar:

Horário:

O que geralmente consome? Quantidade?

Ceia:

Horário:

O que geralmente consome? Quantidade?

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: