

Data de extração: \_\_\_\_\_  
 Data de entrega: \_\_\_\_\_  
 Tipo de amostra: \_\_\_\_\_ Cód.: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

### TABAGISMO

Fumante       Não Fumante       Ex fumante < 1 ano       Ex fumante > 1 ano

Quantidade diária: \_\_\_\_\_

### OSTEOPOROSE

Antecedentes familiares: Pais, filhos ou irmãos       Outros familiares

### FREQUÊNCIA DIÁRIA DE CONSUMO DOS SEGUINTE ALIMENTOS DURANTE O ÚLTIMO ANO

	< 1 VEZ/DIA	1 VEZ/DIA	2 OU MAIS VEZES/DIA
Pão (1-2 fatias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdura/salada (1 prato/porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruta (1 fruta/ porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iogurte/ Leite (1 copo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massa/ Arroz (1 prato/ porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azeite - Oliva, Girassol, Canola (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereais Matinais (1 tijela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebida alcoólica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Esporádico
			QTD - copos/dia:

### FREQUÊNCIA SEMANAL DE CONSUMO DOS SEGUINTE ALIMENTOS DURANTE O ÚLTIMO ANO

	< 4 VEZES	< 4-6 VEZES	7 OU MAIS VEZES
Carne (1 prato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces/ Confeitaria (1-2 pedaços)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manteiga (1 colher de café)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros azeites vegetais (1 colher de sopa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood (1 alimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### FREQUÊNCIA SEMANAL DE CONSUMO DOS SEGUINTE ALIMENTOS DURANTE O ÚLTIMO ANO

	< 2 VEZES	2-3 VEZES	4 OU MAIS VEZES
Frutos do mar (1 prato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumes (1 prato/ porção)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutos secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IMPORTANTE: O ENVIO DE FORMULÁRIOS INCOMPLETOS ACARRETERÁ NO CANCELAMENTO DO EXAME**

## PERGUNTAS DIETÉTICAS ESPECÍFICAS

Qual o tipo de gordura ou azeite utiliza preferencialmente para cozinhar ou utilizar nos alimentos?

- Azeite de sementes     Oliva     Gorduras animais

Qual tipo de leite ingere atualmente?

- Integral     Desnatado     Semidesnatado

Quantas bebidas carbonatadas e/ou açucaradas (refrigerantes, tônicas, etc) consome por dia?

- Nenhuma     Uma     Mais de uma

Como prefere consumir os frutos do mar?

- Grelhado     Frito     Vapor     Forno

## ATIVIDADE FÍSICA REALIZADA DURANTE UM MÊS CONVENCIONAL

Exercícios e esportes ao ar livre ou em casa ou academia (Dias/Mês) (Min/Dia): \_\_\_\_\_

Caminhar (Dias/Mês) (Min/Dia): \_\_\_\_\_

Caminhar depressa (Dias/Mês) (Min/Dia): \_\_\_\_\_

Basicamente estou sentado (a) e caminho pouco - Funcionário, Administrativo, etc

Estou sentado mas faço esforços moderados contínuos - Caixa, etc

Caminho bastante mas não faço nenhum esforço rigoroso - Vendedor, Comercial, etc

Caminho bastante e faço esforços rigorosos - Carteiro, Transportador de mercadorias, etc

Basicamente faço esforços rigorosos e muita atividade física - Construção, Carregadores, etc

Declaro que o cliente assinou o consentimento informado para esta avaliação

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_  
Assinatura do paciente

**IMPORTANTE: O ENVIO DE FORMULÁRIOS INCOMPLETOS ACARRETERÁ NO CANCELAMENTO DO EXAME**