

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**