



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus
Serviço de Nutrição Dietética

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Nome: _____ Idade: _____ anos Sexo: () M () F

Data de Internação: ____/____/____ Diagnóstico Clínico: _____

	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____
Dieta Prescrita	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida	() Zero () Branda () Pastosa () Semilíquida () Líquida
Tipo de Dieta	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica	() Laxativa () Constipante () DM () Renal () Hipossódica
Aceitação Alimentar	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente	() Boa () Inapetente
Função Intestinal	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação	() Presente () Ausente () Com Diarreia ____x/dia () Com Constipação
Em Uso de Antibiótico	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Em Uso de Pre/Probiótico	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia	() Simfort ____x/dia () Fiber Mais ____x/dia
Em Uso de Suplemento	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não	() Sim ____x/dia () Não
Avaliação Nutricional	Peso Estimado: ____kg	Peso Estimado: ____kg	Peso Estimado: ____kg	Peso Estimado: ____kg	Peso Estimado: ____kg
Nutricionista Responsável					