

ANAMNESE NUTRICIONAL - Atendimento Gestante

DATA: _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () DIVORCIADO () VIÚVO () OUTRO

PROFISSÃO: _____

PARTOS ANTERIORES: () SIM () NÃO

SEXO: _____ IDADE: _____

AMAMENTOU: () SIM () NÃO obs.: _____

ABORTOS: () SIM () NÃO _____

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO (DUM): _____

FAZ ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: () SIM () NÃO

IDADE GESTACIONAL (IG): _____

DATA PROVÁVEL DO PARTO: _____

GRAVIDEZ PLANEJADA: () SIM () NÃO

COMO SE SENTE DURANTE A GESTAÇÃO: _____

O PAI DA CRIANÇA ACOMPANHA A GESTAÇÃO: () SIM () NÃO

FAZ/FEZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA: () SIM () NÃO

FAZ/FEZ USO DE DROGAS ILÍCITAS: () SIM () NÃO

PATOLOGIAS: () DIABETES MELLITUS I () DIABETES MELLITUS II () DIABETES GESTACIONAL

() HIPERTENSÃO ARTERIAL () ANEMIA FERROPRIVA () DISLIPIDEMIAS () OUTROS

SUPLEMENTAÇÃO: () ÁCIDO FÓLICO () SULFATO FERROSO () POLIVITAMÍNICO

MEDICAMENTO (S): _____

FUNÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () CONSTIPAÇÃO () FLATULÊNCIA () DIARRÉIA

TGI: () NÁUSEA () VÔMITO () PIROSE () AZIA () GASTRITE

ALERGIA/INTOLERÂNCIA ALIMENTAR: _____

INGESTÃO DE ÁGUA/DIA: _____

