

Protocolos de Nutrição Clínica

Sumário

1 Introdução	02
2 Protocolo de Assistência Nutricional para Pacientes Internados	03
3 Protocolo Mínimo de Avaliação Nutricional	05
4 Protocolo - Cálculo de Necessidades Energéticas	13
5 Protocolo de Assistência Nutricional da Clínica Nefrológica	16
6 Protocolo de Atendimento em Nutrição Clínica Ambulatorial	20

1 Introdução

A normatização e a organização dos procedimentos relativos à Nutrição Clínica direcionados a pacientes atendidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do Hospital Getúlio Vargas (HGV), traduzidos em Protocolos específicos de assistência nutricional orienta a seleção da conduta, garante a prescrição dietética adequada e melhora a qualidade dos serviços disponibilizados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O fato de direcionar o processo de cuidado nutricional não isenta o uso de Protocolos do caráter de flexibilidade, o qual garante ao (a) Nutricionista o exercício do bom senso sempre que se deparar com situações que fujam à sua rotina profissional na complexidade da Nutrição Clínica. Também se deve atentar para a necessidade de atualização constante destes, com o objetivo de otimizar o atendimento nutricional.

A utilização da nutrição adequada, ofertada aos pacientes de forma humanizada, respeitando-se sempre a individualidade dos mesmos possibilita benefícios relevantes aos pacientes e aos profissionais de saúde, especialmente ao Nutricionista, que vislumbra a eficiência prática do seu trabalho cotidiano.

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES INTERNADOS

A assistência nutricional a pacientes internados inicia-se com a visita ao paciente.

1. PRIMEIRA VISITA (visita inicial)

Realizado até 24 horas após a internação hospitalar. Consta de:

- ACOLHIMENTO – onde ocorre a identificação do (a) profissional e o estabelecimento do vínculo nutricionista/paciente. Nesta ocasião são repassadas informações sobre a importância da dieta no seu tratamento.
- ANAMNESE ALIMENTAR - breve entrevista realizada para identificar preferências, intolerâncias, aversões, alergias, tabus, condições do apetite e da mastigação e funcionamento do trato gastrointestinal.
- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – realizada para identificação e classificação do estado nutricional. Para tal, é utilizado o PROTOCOLO MÍNIMO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.

Após a realização da visita o (a) profissional dispõe dos dados necessários para dar prosseguimento à assistência nutricional, a qual deve estar embasada nas informações contidas no prontuário e nas repassadas pela equipe.

2. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Baseado nas informações fornecidas pela AVALIAÇÃO NUTRICIONAL, pelos marcadores bioquímicos e pela história clínica.

O paciente poderá ser diagnosticado como:

- Sem desnutrição.
- Com desnutrição presente (leve, moderada ou grave).
- Em risco de desenvolver desnutrição.

3. CÁLCULO DE NECESSIDADES ENERGÉTICAS E NUTRICIONAIS

Utiliza informações da AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: Protocolo Mínimo de Avaliação Nutricional (anexo) e do Protocolo para Cálculo de Necessidades Energéticas (anexo).

4. CONDUTA NUTRICIONAL

Individualizada deve ser estabelecida a partir do Cálculo de Necessidades Energéticas e Nutricionais e adequada a cada doença e/ou situação clínica.

5. VISITAS SUBSEQUENTES

As visitas diárias são realizadas para obter informações sobre:

- aceitação e evolução da dieta;
- avaliação contínua da ingesta alimentar;
- controle do estado nutricional;
- necessidade de modificação na conduta nutricional.

São complementadas pela consulta ao prontuário e pelas informações da equipe.

6. ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA ALTA HOSPITALAR

Realizada mediante constatação da necessidade do paciente de orientação de alta para uma dieta especial. Deve ser realizada com antecedência suficiente para permitir o planejamento individual, a orientação e a compreensão do paciente e/ou do cuidador.

PROTOCOLO MÍNIMO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Para realizar a avaliação nutricional dos pacientes utiliza-se, usualmente, os seguintes métodos, combinados entre si:

1.0. Método Clínico:

1.1. Avaliação Nutricional Subjetiva (ANS)

2.0. Métodos Antropométricos:

2.1. Altura: Altura Atual

2.2. Peso: Peso Atual (PA)

Peso Usual (PU)

Peso Ideal (PI)

Porcentagem de Perda de Peso (%PP)

2.3. Relação peso/altura: Índice de Massa Corporal (IMC)

3.0. Métodos Bioquímicos:

3.1. Hemoglobina/Hematócrito

3.2. Albumina

4.0. Métodos Imunológicos

4.1. Contagem Total de Linfócitos

*As orientações sobre o uso de cada método encontram-se em anexo.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA (ANS)

(DETSKY E COL. 1984)

Nome: _____ Clínica: _____ Enf/Leito: _____

A - Anamnese**1. Peso corpóreo**

(1) Mudou nos últimos seis meses () sim () não

(1) Continua perdendo atualmente () sim () não

Peso atual: _____ Kg Peso habitual: _____ Kg

Perda de peso (PP) _____ %, se > 10% (2) ()
se < 10% (2) ()

● Total parcial de pontos: _____

2. Dieta

(1) Mudança da dieta () sim () não

A mudança foi para:

(1) () dieta hipocalórica

(2) () dieta pastosa hipocalórica

(2) () dieta líquida > 15 dias ou solução de infusão intravenosa > 5 dias

(3) () jejum > 5 dias

(2) () mudança persistente > 30dias

● Total parcial de pontos: _____

3. Sintomas gastrointestinais (persistem por mais que duas semanas)

(1) () disfagia e/ou odinofagia (1) () diarreia

(1) () náuseas (2) () anorexia, distensão abdominal, dor abdominal

(1) () vômitos

● Total parcial de pontos: _____

4. Capacidade funcional física (por mais de duas semanas)

(1) () abaixo do normal (2) () acamado

● Total parcial de pontos: _____

5. Diagnóstico

(1) () baixo estresse

(2) () moderado estresse

(3) () alto estresse

● Total parcial de pontos: _____

B – Exame físico

(0) normal

(+1) leve ou moderadamente depletado

(+2) gravemente depletado

() perda gordura subcutânea (triceps, tórax)

() músculo estriado

() edema sacral

() ascite

() edema tornozelo

● Total parcial de pontos: _____

● Somatório do total parcial de pontos: _____

C – Categoria da ANS:

Bem nutrido (menos de 17 pontos)

Desnutrido leve / moderado (17 a 22 pontos)

Desnutrido grave (mais de 22 pontos)

Nutricionista: -----

1.1. ANS

Indica:

- * Adequação da ingestão alimentar
- * Alterações no peso corporal
- * Presença de doenças que aumentam as demandas metabólicas
- * O estado funcional
- * O grau de perda de gordura e massa muscular

Realizada por meio de entrevista e exame clínico do paciente. São coletados dados para o preenchimento da FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA. A cada item atribui-se um valor numérico. O somatório dos pontos obtidos classifica o estado nutricional do paciente em uma das três categorias:

A - Bem nutrido

B - Desnutrido leve / moderado

C - Desnutrido grave.

A ANS é de grande utilidade quando os demais dados da avaliação nutricional encontram-se indisponíveis. Deve ser realizada até 72 horas após a internação hospitalar.

2.1. Altura Atual

O método direto utiliza a balança de peso corpóreo com haste graduada para tomada da altura, estadiômetro ou fita métrica afixada em superfície vertical, com o paciente descalço.

O método indireto utiliza fórmulas e tabelas (NCHS, Marcondes etc).

Para pacientes acamados e sem amputação de pé ou de membros inferiores utiliza-se a Estimativa da Altura pela Medida da Distância Pé-Joelho, na qual o paciente deve estar posicionado em decúbito dorsal horizontal e com o joelho flexionado em um ângulo de 90°. Coloca-se a parte fixa do estadiômetro sobre a parte superior do joelho fletido. Ajusta-se e realiza-se a medida. Em seguida o resultado encontrado é aplicado na tabela abaixo:

ESTIMATIVA DA ALTURA PELA MEDIDA DA DISTÂNCIA PÉ-JOELHO

Estimativa da altura para homens (cm)	=	$64,19 - (0,04 \times I) + (2,02 \times \text{medida da distancia do joelho})$
Estimativa da altura para mulheres (cm)	=	$84,88 - (0,24 \times I) + (1,83 \times \text{medida da distancia do joelho})$

Sendo: I = idade em anos

Medida da distância do joelho em cm.

2.2. Peso

* **Peso Atual (PA) em kg**

Medida obtida no exato momento da avaliação nutricional, em pacientes deambulando. Utiliza-se a balança de peso corpóreo (algumas vezes necessita de reajustes).

* **Peso Usual (PU) em kg**

Referido pelo paciente como sendo o seu peso “normal”. É conhecido também como Peso Habitual (PH). Deve ser utilizado quando não houver, por parte do paciente, relato de perda de peso.

* **Peso Ideal (PI) em kg**

Obtido de fórmulas ou tabelas. É utilizado quando inexistente a possibilidade de obtenção do Peso Usual (PU). Conhecido também como Peso Teórico (PT).

Os valores para o PI são encontrados na tabela abaixo:

CÁLCULO DO PESO IDEAL SEGUNDO O TIPO FÍSICO

TIPO FÍSICO	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO
BREVILÍNEO	$PI = (A - 100)$	$PI = (A - 100) \times 0,95$
NORMOLÍNEO	$PI = (A - 100) \times 0,95$	$PI = (A - 100) \times 0,90$
LONGILÍNEO	$PI = (A - 100) \times 0,90$	$PI = (A - 100) \times 0,85$

Sendo: A = altura em cm.

* No caso de pacientes obesos deve-se utilizar o Peso corrigido (Pc). Seu cálculo é feito pela seguinte equação:

$$PC = PI + [(PA - PI) \times 0,25]$$

*O Peso Ideal (PI) também pode ser obtido com a aplicação da referência do IMCIdeal(IMCI), conforme indicado:

$$PI = IMCI \times A^2 (m)$$

*O IMCI será definido como o mais adequado ao PA do paciente.

*Apresentando-se eutrófico, utiliza-se valor correspondente a este estado nutricional, que varia de 18,5 a 24,9 e tem como média 21,7 Kg/m².

*Em caso de PA elevado deve-se optar pela utilização do IMC da faixa subsequente ao IMC atual (calculado para o PA).

*Durante a seleção do IMCI convém observar: idade, atividade física, faixa etária, tipo físico, fatores hereditários, presença de doenças, uso de medicamentos, dentre outros.

*Percentagem de Perda de Peso

*Percentagem de Peso Usual:

$$\% \text{ PU} = \frac{\text{PA}}{\text{PU}} \times 100$$

*Percentagem de Peso Ideal:

$$\% \text{ PI} = \frac{\text{PA}}{\text{PI}} \times 100$$

*Percentagem de Perda de Peso:

$$\% \text{ PP} = \frac{\text{PU} - \text{PA}}{\text{PU}} \times 100$$

Classifica-se então o estado nutricional aplicando-se a seguinte tabela:

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL RELATIVO À % PI, % PU e %PP

CLASSIFICAÇÃO / INDICADOR	DEPLEÇÃO LEVE	DEPLEÇÃO MODERADA	DEPLEÇÃO GRAVE
% PI	80 – 90	70 – 79	<69
% PU	85 - 95	75 - 84	<74
% PP	<1/1 semana <5/1 mês <7/3 meses <10/6 meses	1/1 semana 5/1 mês 7/3 meses 10/6 meses	>1/1 semana >5/1 mês >7/3 meses >10/6 meses

Fonte: Waitzberg, D. L. e Faintuch, J. ,1997

2.3. Índice de Massa Corpórea (IMC) em kg/m²

Utiliza a medida da altura e do peso corpóreo do paciente.

Calcula-se de acordo com a equação adaptada por Bray, 1976.

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO ATUAL (Kg)}}{\text{ALTURA}^2(\text{m})}$$

Aplica-se o resultado encontrado na tabela abaixo:

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL DE ACORDO COM O ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (IMC)	
Classificação Nutricional	Resultado do IMC (kg/m²)
Obesidade grau III	≥ 40
Obesidade grau II	35,0 – 39,9
Obesidade grau I	30,0 – 34,9
Pré obesidade	25,0 – 29,9
Eutrofia	18,5 – 24,9
Desnutrição grau I	17,0 – 18,4
Desnutrição grau II	16,0 – 16,9
Desnutrição grau III	≤ 16,0

Fonte: OMS, 1997

Deve-se ajustar o IMC à idade, conforme a tabela abaixo:

IMC desejável segundo a idade

Grupo etário(anos)	IMC
19-24	19-24
25-34	24-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-64	23-28
+ 65	24-20

Fonte: Bray, George A. 1987

* Este método não é utilizado na presença de edema, ascite e gestação.

3.1. Hemoglobina e Hematócrito

Utiliza-se os dados constantes da seguinte tabela:

Valores de referência para Hemoglobina e Hematócrito, de acordo com o sexo

Exame	Sexo	Valor de referência		
		Aceitável	Moderadamente reduzido	Gravemente reduzido
Hemoglobina (g/100ml)	Masculino	> 12,0	12,0 - 10,0	< 10,0
	Feminino	> 10,0	10,0 - 8,0	< 8,0
Hematócrito (%)	Masculino	> 36,0	36,0 - 31,0	< 31,0
	Feminino	> 31,0	31,0 - 24,0	< 24,0

Fonte: Adaptado de Sauberlich et al, 1974

3.2. Albumina

Utilizada como marcador da desnutrição, a albumina, sintetizada pelo fígado, é a proteína plasmática mais frequentemente medida com fins de avaliação das reservas protéicas do organismo, uma vez que a sua síntese encontra-se diminuída nos casos de carência de proteínas na dieta. Para a sua utilização deve-se conhecer o seu espaço de distribuição, a sua meia-vida e a sua taxa de síntese, além de avaliar os fatores que, além da desnutrição, podem influenciar nos seus níveis séricos.

Valores normais e interpretação dos níveis de Albumina:

Marcador	Normal	Depleção Leve/moderada	Depleção Grave
Albumina	3,5 - 5,0 g/ %	3,49 - 2,40 g/ %	< 2,40 g/ %

Fonte: Waitzberg, D. L., 2001

Distribuição da Albumina:

Pool	Síntese diária	Intravascular	Extravascular	Meia - vida
3 -5 g/ kg	120 - 270 mg/kg	30 - 40 %	60-70 %	14-20 dias

Fonte: Maham, L. K. et al. 1997

Fatores que influenciam os níveis de Albumina Plasmática

Aumentam o nível plasmático	Diminuem o nível plasmático
Síntese hepática Repleção nutricional Desidratação	Diminuição da síntese hepática Desnutrição Aumento das perdas externas Aumento da permeabilidade capilar

4.1. Contagem de linfócitos

A desnutrição é um dos fatores que alteram a imunidade celular. Sendo os linfócitos células sanguíneas participantes deste processo, a linfopenia no sangue periférico pode ser um indicador de desnutrição. Desta forma, a Contagem de Linfócitos é utilizada para medir as reservas imunológicas momentâneas, estáticas. Para realizar este método faz-se uso de informações constantes do hemograma e aplica-se na seguinte fórmula:

$$\text{Linfócitos/mm}^3 = \frac{\% \text{ linfócitos} \times \text{n}^\circ \text{ de leucócitos}}{100}$$

Comparar o valor encontrado com os da tabela abaixo:

Número de linfócitos por milímetro cúbico e desnutrição

Normal	Desnutrição leve	Desnutrição moderada	Desnutrição grave
> 2.000	1.200 - 2.000	800 - 1.199	< 800

Fonte: Adaptado de Waitzberg DL, 2001

- Este método é pouco específico.
- Fatores que também podem levar a linfopenia: corticoterapia, quimioterapia e infecções graves.

PROTOCOLO - CÁLCULO DE NECESSIDADES ENERGÉTICAS

Cálculo do Gasto Energético Basal (GEB)

O cálculo do GEB será realizado a partir da fórmula de Harris Benedict.

Para homens:

$$\text{GEB} = 66,5 + 13,8 \times P + 5,0 A - 6,8 \times I$$

Para mulheres:

$$\text{GEB} = 655 + 9,6 \times P + 1,8 A - 4,7 \times I$$

Sendo: GEB = gasto energético basal (em Kcal/dia)

P = peso atual (em kg)

A = altura (em cm)

I = idade (em anos)

O Gasto Energético Total (GET), no caso de atividade física, é calculado pela seguinte equação:

$$\text{GET} = \text{GEB} + \text{Gasto energético de atividade física}$$

Os acréscimos em função da atividade física devem ser feito conforme a tabela abaixo:

ACRÉSCIMO EM GEB EM FUNÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA.

Tipo de Atividade	Calorias a acrescentar
Em repouso	GEB + 300 kcal
Sem trabalho muscular	GEB + 500 kcal
Trabalho leve	GEB + 20 a 100 kcal/h de trabalho
Trabalho moderado	GEB + 110 a 200 kcal/h de trabalho
Trabalho intenso	GEB + 250 a 300 kcal/h de trabalho
Trabalho muito intenso	GEB + 320 ou mais kcal/h de trabalho

O gasto energético total (GET) na presença de patologia deve ser calculado pela seguinte equação

$$\text{GET} = \text{GEB} + \text{FA} \times \text{FI} \times \text{FT}$$

Sendo: FA = fator atividade

FI = fator injúria

FT = fator térmico

★ **Fator Atividade**

Acamado: 1,2

Acamado + móvel: 1,25

Ambulante: 1,3 – 1,6

★ **Fator Injúria**

Paciente não complicado = 1,0

Pequena cirurgia = 1,2

Cirurgia eletiva = 1,0 – 1,1

Fraturas Múltiplas = 1,2 – 1,35

Doença cardiopulmonar = 0,8 – 1,0

Doença cardiopulmonar c/cirurgia = 1,3 – 1,55

Pós-operatório de cirurgia torácica = 1,2 – 1,5

Câncer = 1,1 – 1,45

Peritonite = 1,4

Sepse = 1,4 – 1,6

Pancreatite = 1,3 – 1,6

Desnutrição = 1,5

Fratura = 1,2

Pós-operatório de cirurgia geral = 1,0 – 1,5

Infecção grave = 1,3 – 1,35

Insuficiência Renal Aguda = 1,3

Insuficiência Cardíaca = 1,3 – 1,5

Insuficiência Hepática = 1,3 -1,55

★ **Fator Térmico**

38°C: 1,1

39°C: 1,2

40°C: 1,3

41°C: 1,4

O GET pode ser calculado por meio de fórmulas que agilizam o atendimento nutricional, especialmente na nutrição clínica ambulatorial, como a que se segue:

$$\text{GET (Kcal/dia)} = \text{Kcal recomendadas} \times \text{Peso (Kg)}$$

- O objetivo da intervenção nutricional indica a quantidade de calorias recomendadas em cada caso. Para isto, utiliza-se a tabela abaixo:

GET estimado por recomendação de energia por Kg de peso corporal, segundo o objetivo da intervenção nutricional:

Objetivo	Recomendação
Perda de peso	20 – 25 Kcal/Kg P
Manutenção do peso	25 – 30 Kcal/Kg P
Ganho de peso	30 – 35 Kcal/Kg P

Fonte: citado por Martins e Cardoso, 2000

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL DA CLÍNICA NEFROLÓGICA

A assistência nutricional na clínica nefrológica é realizada de duas maneiras:

1 – Avaliação diária: com visitas diárias aos pacientes internados nas enfermarias, após a qual são observadas as restrições alimentares prescritas no prontuário e efetuadas as adequações pertinentes;

2 – Avaliação mensal dos pacientes em “Programa de Hemodiálise”: na admissão ao programa é preenchida ficha individual constando identificação, dados antropométricos e anamnese alimentar, a partir da qual são realizadas a avaliação e a orientação nutricional, enfocando, sobretudo, as restrições alimentares recomendadas nas nefropatias.. São verificados os resultados dos exames mensais e, finalmente, registra-se a evolução no prontuário com anotação das devidas intervenções alimentares, do controle da ingesta de potássio, sódio, fósforo e do ganho de peso interdialítico.

CLÍNICA NEFROLOGICA DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

PACIENTE: _____

DATA: ___/___/___ PESO ATUAL: _____ ALTURA: _____ IMC: _____

EST.NUTRICIONAL: _____ PESO USUAL: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: ()M ()F

TRATAMENTO: () PRÉ-DIÁLISE () HD () DP () TX

COM QUEM MORA ? _____

QUEM PREPARA AS REFEIÇÕES EM CASA ? _____

APETITE ATUAL: () EXCELENTE () BOM () REGULAR () RUIM

MUDANÇAS RECENTES NO APETITE ? () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL ? _____

DESDE QUANDO? _____ CAUSA: _____

EM CASO DE PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 6 MESES, QUAL FOI A CAUSA ?

SE EM DP: SENSAÇÃO DE PLENITUDE GÁSTRICA ? () SIM () NÃO

SACIEDADE PRECOCE ? () SIM () NÃO

PROBLEMA DE MASTIGAÇÃO/DEGLUTIÇÃO ? () SIM () NÃO PORQUE ?

ORIENTAÇÃO PRÉVIA DE DIETA ESPECIAL ? () SIM () NÃO QUAL ?

ALIMENTAÇÃO HABITUAL:	
DIAS COM HD (OU HABITUAL EM DP):	DIAS SEM HD:
D: _____	D: _____
_____	_____
LM: _____	LM: _____
A: _____	A: _____
_____	_____
LT: _____	LT: _____
J: _____	J: _____
_____	_____
C: _____	C: _____
ALIMENTAÇÃO DO FINAL DE SEMANA: _____	

PREFERENCIAS ALIMENTARES: _____	

INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES: _____	
ALERGIAS ALIMENTARES: _____	

USA SAL COMUM ? () SIM () NÃO QUANTO? _____	
DURANTE A COCÇÃO? () SIM () NÃO ADICIONAL À MESA ? () SIM () NÃO	
USA OUTROS TEMPEROS E ERVAS ? () SIM () NÃO QUAIS? _____	

FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA? () SIM () NÃO QUAIS?	

FREQUENCIA ? _____	
FAZ EXERCÍCIOS REGULARMENTE ? () SIM () NÃO QUANDO? _____	
QUAIS ? _____	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS: _____	

INSTRUÇÃO DA DIETA: _____	

GRAU DE COMPREENSÃO PELO PACIENTE/FAMILIA:	
() MUITO BOM () BOM () REGULAR () POBRE	
ALÉM DO PACIENTE, QUEM FOI INSTRUIDO? _____	

Nutricionista _____

<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA AMBULATORIAL</p>
--

O atendimento em nutrição clínica a pacientes ambulatoriais divide-se em consulta inicial e consultas subsequentes (controle).

1. CONSULTA INICIAL OU PRIMEIRA CONSULTA

Etapas

Acolhimento

História clínico-nutricional

Anamnese alimentar

Avaliação antropométrica

Avaliação com dados bioquímicos

Diagnóstico nutricional conclusivo

Conduta nutricional

2. CONSULTA SUBSEQUENTE

Etapas

Avaliação antropométrica

Diagnóstico nutricional conclusivo

Avaliação da adesão

Conduta nutricional

DADOS BIOQUIMICOS						
EXAME / DATA						
Hematócrito						
Hemoglobina						
Colesterol total						
HDL colesterol						
LDL colesterol						
Triglicerídeos						
Glicemia de jejum						

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL CONCLUSIVO:

CONDUTA NUTRICIONAL:

(VET): _____

CONSULTAS SUBSEQUENTES:

DATA: _____

Peso atual: _____ Perda/ganho de peso: _____ IMC (kg/m²): _____

Adesão a dieta: _____

TGI: _____

Exercícios físicos: _____

Conduta Nutricional: _____

NUTRICIONISTA _____