

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E MONITORIZAÇÃO

SERVIÇO DE TERAPIA NUTRICIONAL

HOSPITAL ESCOLA DR HELVIO AUTO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME : \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

SEXO: 1 [ ] M 2 [ ] F IDADE: \_\_\_\_\_

DATA ADMISSÃO HOSPITALAR: \_\_\_\_\_ UNIDADE DE INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_

INÍCIO NE/NPT: \_\_\_\_\_ TÉRMINO NE/NPT \_\_\_\_\_

DATA ALTA HOSPITALAR/TRANSFERÊNCIA/ÓBITO: \_\_\_\_\_

PERMANÊNCIA HOSPITALAR (dias): \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SAÍDA: 1 [A] ALTA 2 [O] ÓBITO 3 [T] TRANSFERÊNCIA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

DOENÇAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

VMI ( ) SIM ( ) NÃO. DATA INÍCIO \_\_\_\_\_ DATA TÉRMINO \_\_\_\_\_

DADOS ANTROPOMÉTRICOS – DATA:

P \_\_\_\_\_ kg A \_\_\_\_\_ m IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>  
Altura joelho: \_\_\_\_\_ Semi-bracada: \_\_\_\_\_ Altura estimada: \_\_\_\_\_ IMC ideal: \_\_\_\_\_  
Circunferência panturrilha: \_\_\_\_\_ CB \_\_\_\_\_ Circunferência Punho: \_\_\_\_\_  
COMPLEIÇÃO OSSEA (ALTURA/CPu): \_\_\_\_\_ PESO ESTIMADO \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO – DATA:

- Depleção do músculo masseter: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Depleção da bola gordurosa de Bichart: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Depleção dos músculos das têmporas: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Exposição da clavícula: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Presença de joelhos quadrados: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Edemas em membros superiores: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Edemas em membros inferiores: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Perda de gordura subcutânea em membros: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Perda de gordura subcutânea em tórax: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]
- Ascite: [1] sim [2] não. Se sim: [L] [M] [G]

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: \_\_\_\_\_

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

VET inicial: KCAL/KG/DIA \_\_\_\_\_ VET final: \_\_\_\_\_

PROTEÍNA inicial: G/KG/DIA \_\_\_\_\_ PROTEÍNA final: \_\_\_\_\_