

Nome Completo: _____ Idade _____

Data de coleta do material _____ Data de entrega do material _____

1- Com relação, a dieta alimentar, conseguiu realizar conforme a solicitação passada?

- () Sim, com todos os componentes e pelos 3 dias;
() Em parte, consumi todos os componentes por 2 dias;
() Em parte, consumi alguns dos alimentos pelos 3 dias;
() Não realizei a dieta.

2- É adepto de alguma mudança nutricional?

- () Sim, sou vegetariano(a) há _____
() Sim, Sou Albumino-Lácteo-Vegetariano(a) há _____
() Sim, não consumo carne vermelha, só branca há _____
() Não consumo leite.
() Não. Alimento-me de tudo.

3- Possui alergia:

- () Ao glúten;
() Ao leite e/ou seus derivados;
() A enlatado;
() A carne vermelha;
() A grãos (feijão, lentilha, etc...)
() A peixes e/ou frutos do mar;
() Não tenho alergias.

4- Faz tratamento para diabetes?

- () Sim. Tomo as medicações: _____
() Não.

5- Fez, ou faz tratamento para o *H. pylori*?

- () Sim. Faço uso de _____
() Sim já fiz há _____
() Não.

6- Está tomando no momento algum antibiótico? _____

7- Bebe quantos litros de água em um dia aproximadamente? _____

8- Faz exercícios físicos?

- () Sim. _____ vezes por semana
() Não.

9- O leite utilizado na alimentação é:

- () materno (para bebês) () de vaca () de cabra () de soja

OBS: Unidades de São Paulo: Envio de segunda a sexta-feira. (Não serão aceitas amostras de Sábados, Domingos e Feriados).

Unidades interestaduais: Envio de segunda a quinta-feira (Não serão aceitas amostras de Sábados, Domingos, Feriados e Vésperas de feriados).