

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).