

**MARCADORES DE CONSUMO
ALIMENTAR**

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*

CBO:*

Cód. CNES UNIDADE:*

Cód. EQUIPE (INE):*

DATA:*

Nº CARTÃO SUS:

Nome do Cidadão:*

Data de Nascimento:*

Sexo:*

☐ Feminino

☐ Masculino

Local de Atendimento:*

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
	Mingau	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Água/chá	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Leite de vaca	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Fórmula Infantil	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Suco de fruta	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Fruta	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	☐ 1 vez	☐ 2 vezes	☐ 3 vezes ou mais
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	☐ 1 vez	☐ 2 vezes	☐ 3 vezes ou mais
	Se sim, essa comida foi oferecida:	☐ Em pedaços	☐ Amassada	☐ Passada na peneira
		☐ Liquidificada	☐ Só o caldo	☐ Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:			
	Outro leite que não o leite do peito	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Mingau com leite	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Iogurte	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, brócolis, espinafre, mostarda)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Fígado	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Feijão	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	☐ Café da manhã	☐ Lanche da manhã	☐ Almoço
		☐ Lanche da tarde	☐ Jantar	☐ Ceia
	Ontem, você consumiu:			
	Feijão	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não Sabe	

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa