

Recordatório alimentar de 24 horas – R24h

Nº do questionário: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data da entrevista: | | | | | / | | | | | / | | | | |

HORA	NOME DA REFEIÇÃO (café da manhã, lanche, almoço, jantar)	LOCAL DE PREPARO DA REFEIÇÃO	LOCAL DE CONSUMO DA REFEIÇÃO	ALIMENTOS, BEBIDAS E/OU PREPARAÇÕES	FORMA DE PREPARO (cru, grelhado, assado, refogado, frito, vapor, etc)	MEDIDAS CASEIRAS (unidades consumidas, tamanho, utensílio usado)

REGISTRO INDIVIDUAL DE INGESTÃO DE ALIMENTOS – COMPLEMENTO

Número do questionário: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data da entrevista: |_|_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|

Qual foi a quantidade de água consumida no dia anterior? (Registrar em medidas caseiras como copos, xícaras, garrafas) _____

ENTREVISTADOR: confirmar se o entrevistado consumiu os seguintes alimentos no dia de ontem, e, caso não tenha preenchido, retomar o recordatório e preencher com os tipos e as quantidades.

Refrigerantes	(1) SIM (2) NÃO	(1) Normal	(2) <i>Light</i> /Zero	(3) Com gelo
Leite	(1) SIM (2) NÃO	(1) Integral	(2) Semidesnatado	(3) Desnatado
Saladas	(1) SIM (2) NÃO	Se sim, descreva os temperos/condimentos: (1) Sal (2) Óleo (3) Azeite (4) Vinagre (5) Limão (6) Outros: _____		
Bebidas (café, chás, sucos, vitaminas de frutas, etc)	(1) SIM (2) NÃO	Se sim, perguntar se acrescentou: (1) Açúcar (2) Adoçantes		
Outras bebidas (com álcool) (cerveja, vinho, licor, uísque, cachaça, drinks, etc)	(1) SIM (2) NÃO			
Doces (chocolate, biscoitos, sorvetes, bolos, tortas, pudins)	(1) SIM (2) NÃO			
Frutas	(1) SIM (2) NÃO			

Os alimentos consumidos ontem foram os que o(a) Sr(a). geralmente come?

(1) SIM (2) NÃO Por quê? _____

O(a) Sr(a). considera que a quantidade do alimento consumido ontem foi?

(1) Similar ao que geralmente come (2) Mais do que geralmente come (3) Menos do que geralmente come

Preencha os alimentos que consumiu "mais do que geralmente come" ou "menos do que geralmente come"

Com que frequência na semana o(a) Sr(a). realiza as seguintes refeições:

REFEIÇÕES	NUNCA	1	2	3	4	5	6	7
Café da manhã								
Lanche da manhã								
Almoço								
Lanche da tarde								
Jantar								
Lanche noturno								

O(A) Sr(a). está tomando algum suplemento alimentar (vitaminas, minerais ou outros produtos)?

- (1) SIM Se sim, completar as seguintes informações:
- (2) NÃO
- | | | |
|---------------------------|-------------|-------------------|
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |
| Nome do suplemento: _____ | Dose: _____ | Frequência: _____ |

ENTREVISTADOR: Considera que a informação coletada com o entrevistado foi?

(1) Confiável

(2) Pouco confiável devido o participante ter sido incapaz de lembrar um ou mais alimentos

(3) Pouco confiável por outras razões. Qual? _____

REGISTRO DE RECEITAS NÃO COMUNS OU ESPECIAIS

Número do questionário: |__|__|__|__|__|__|__|__| Data da entrevista: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Nome da receita: _____ Número da receita: |__|__|

ALIMENTOS (INFORMAR SE É CRU OU COZIDO [INDICAR FORMA DE COCÇÃO])	MEDIDA CASEIRA OU G/ML

