

REGISTRO INDIVIDUAL DE INGESTÃO DE ALIMENTOS	
Nome do entrevistado: _____	Sexo: Masculino ( 1 ) Feminino ( 2 )
Nº do questionário:	Data de nascimento:         /         /
Telefone(s) para contato: _____	E-mail: _____
Nome do entrevistador: _____	Código do entrevistador:
Data da entrevista:         /         /	Dia da semana: Seg ( ) Ter ( ) Qua ( ) Qui ( ) Sex ( ) Sáb ( ) Dom ( )
Recordatório: 1º dia ( )	2º dia ( )
A que horas o(a) Sr(a). acordou <u>hoje</u> ?         h         min	No dia de <u>ontem</u> , que horas o(a) Sr(a). foi dormir?         h         min
Na noite anterior, como foi a qualidade do sono do(a) Sr(a)? ( ) Muito ruim ( ) Ruim ( ) Moderada ( ) Boa ( ) Muito boa ( ) Não sabe/Não respondeu	
Na noite anterior, a quantidade de sono dormida foi? ( ) Menos que o habitual ( ) Habitual ( ) Mais que o habitual ( ) Não sabe/Não respondeu	

**No dia de ontem, quais foram os alimentos e bebidas que o(a) Sr(a). consumiu desde a hora que acordou até a hora que foi dormir, incluindo balas, chicletes, cafezinhos e outros alimentos consumidos entre as refeições principais?**

**PARA O ENTREVISTADOR:** registrar horários das refeições; nome das refeições; marcas comerciais; temperos, açúcar e sal adicionados; medidas caseiras (unidades consumidas), tamanho da porção (pequena, média e grande) e utensílios (tipo de colher, copo, xícara, prato, etc).

HORA	NOME DA REFEIÇÃO <small>(café da manhã, lanche, almoço, jantar)</small>	LOCAL DE CONSUMO DAREFEIÇÃO <small>(casa, trabalho, escola, cafeteria, restaurante, outros)</small>	ALIMENTOS, BEBIDAS E/OU PREPARAÇÕES	FORMA DE PREPARO <small>(cru, grelhado, assado, refogado, frito, vapor, etc)</small>	MEDIDAS CASEIRAS <small>(unidades consumidas, tamanho, utensílio usado)</small>



# Recordatório alimentar de 24 horas – R24h



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

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

HORA	NOME DA REFEIÇÃO (café da manhã, lanche, almoço, jantar)	LOCAL DE CONSUMO DA REFEIÇÃO (casa, trabalho, escola, cafeteria, restaurante, outros)	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.

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

**O(A) Sr(a). tem tomando algum suplemento alimentar (vitaminas, minerais ou outros produtos) nos últimos 30 dias?**

( 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: \_\_\_\_\_

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"

---

---

---

---

---

**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

