

FICHA SEMANAL DE MONITORAMENTO ALIMENTAR

Nome da criança:	Idade: _____ anos						
Semana de _____ / _____ a _____ / _____							
Responsável:							

DADOS OBSERVADOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Dormiu bem? (Sim/Não + horas)							
☕ Café da manhã aceito (o que e quanto)							
🥪 Lanche da manhã aceito (o que e quanto)							
굶 Almoço aceito (o que e quanto)							
굶 Lanche da tarde aceito (o que e quanto)							
🍽 Jantar aceito (o que e quanto)							
📋 Houve recusa? (Sim/Não + qual?)							
Emoções durante a refeição (agitado, calmo, distraído etc.)							
Desconfortos após comer (gases, cólica, náusea)							
Uso de Tela durante a refeição?							
📝 Observações extras							