

## FICHA SEMANAL DE MONITORAMENTO ALIMENTAR TeleNordeste

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)							
🍲 Almoço aceito (o que e quanto)							
☺ 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							