

Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017 - 2018

POF 7 - Bloco de Consumo Alimentar Pessoal

70 IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE DO QUESTIONÁRIO

01 IDENTIFICAÇÃO GERAL

UF	MUNICÍPIO	DISTRITO	SUBDISTRITO	SETOR
<input type="text"/>				

02 IDENTIFICAÇÃO POF

CÓDIGO DO DOMICÍLIO	PERÍODO TEÓRICO	ABERTURA DA CADERNETA	Nº DA UC	Nº DE ORDEM DO INFORMANTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOME DO INFORMANTE:

71 CARACTERÍSTICAS DA DIETA

01 _____ UTILIZA COM FREQUÊNCIA:

1 AÇÚCAR 2 ADOÇANTE 3 AÇÚCAR E ADOÇANTE 4 NÃO UTILIZA

02 _____ TEM O HÁBITO DE ADICIONAR SALAO PRATO DE COMIDA?

1 SIM 2 NÃO

03 _____ UTILIZOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS:

	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1 MULTIVITAMINAS, COMPLEXO MULTIVITAMÍNICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 ÔMEGA 3, ÓLEO DE PEIXE	<input type="checkbox"/>
2 FERRO, SULFATO FERROSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 CÁLCIO, CÁLCIO COM VITAMINA	<input type="checkbox"/>
3 VITAMINAS DO COMPLEXO B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 PROTEÍNA, CREATINA, OUTRO SUPLEMENTO PARA ATLETA	<input type="checkbox"/>
4 VITAMINA C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 OUTROS SUPLEMENTOS	<input type="checkbox"/>

04 _____ FAZ ALGUMA DIETA?

1 SIM → Siga quesito 05. 2 NÃO → Para mulheres com 10 anos ou mais de idade, passe para o quadro 71A. Caso contrário, passe para o quadro 72.

05 DIETA PARA:

	SIM	NÃO
1 EMAGRECER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 COLESTEROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 DOENÇA DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 OUTRA NECESSIDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71 A PARA MULHERES COM 10 ANOS OU MAIS DE IDADE

01 _____ ESTÁ GRÁVIDA?	02 _____ ESTÁ AMAMENTANDO?
1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO	1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO



Para facilitar o preenchimento deste instrumento de coleta, utilize os exemplos abaixo.

UNIDADES DE MEDIDA

Bisnaga	Copo 200 ml	Gotas	Prato raso
Bola	Copo grande	Lata de ____ ml	Rodela
Cacho	Copo médio	Metade	Sachê
Caixinha de 200 ml	Copo 300 ml	Pacote	Saco
Caneca	Copo tulipa	Pacote pequeno	Tablete
Colher de arroz/servir	Cumbuca	Pedaço	Taça
Colher de café	Dose	Pegador	Tigela
Colher de chá	Escumadeira	Pires	Unidade
Colher de sobremesa	Espetinho/espeto	Ponta de faca	Unidade pequena
Colher de sopa	Espiga	Porção	Xícara de café/copo 50 ml
Concha	Fatia	Punhado	Xícara de chá
Copo americano	Folha	Prato de sobremesa	
Copo de requeijão	Garrafa de ____ ml	Prato fundo	

CÓDIGOS DE FORMA DE PREPARAÇÃO

1 Assado(a)
2 Cozido(a) com gordura
3 Cozido(a) sem gordura
4 Cru(a)
5 Empanado(a)/à milanesa
6 Ensopado(a)
7 Frito(a)
8 Grelhado(a)/brasa/churrasco
9 Refogado(a)

ADIÇÕES

01 Azeite
02 Manteiga/margarina
03 Açúcar
04 Adoçante
05 Mel
06 Melado
07 Maionese (molho)
08 <i>Ketchup</i>
09 Mostarda (molho)
10 Molho <i>Shoyu</i>
11 Queijo ralado
12 Creme de leite

CÓDIGOS DE OCASIÃO DE CONSUMO

1 Café da manhã
2 Almoço
3 Lanche
4 Jantar
5 Ceia
6 Outra ocasião

CÓDIGOS DE LOCAL DE REFEIÇÃO

1 Em casa ou levado de casa
2 Merenda escolar
3 Restaurante a quilo
4 Cantina, bar, lanchonete, <i>fast food</i>
5 Restaurante - outros
6 Vendedores ambulantes ou de rua
7 Fora de casa - outros

DIA DA SEMANA RECORDADO: FOI UM DIA ATÍPICO NA SUA ALIMENTAÇÃO? 1 SIM 2 NÃOSITUAÇÃO DO QUADRO 1 PESQUISADO COM REGISTRO 3 PESQUISADO SEM REGISTRO 5 NÃO PESQUISADO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUADRO

Registre todos os alimentos e bebidas consumidos no dia recordado, incluindo água, balas, cafezinhos, bebidas alcoólicas, biscoitos ou bolachas, frutas e outros pequenos lanches.

LISTA RÁPIDA	HORÁRIO (1)	DESCRIÇÃO DO ALIMENTO (quantidade, unidade de medida, tipo de produto e forma de preparação) (de 2 a 5)	CÓDIGO DE OCASIÃO DE CONSUMO (6)	CÓDIGO DE LOCAL DE REFEIÇÃO (7)	ADIÇÃO (8)
1 copo de café	7 h	1 copo médio de café	1	1	
2 ovos	7 h	2 ovos de galinha fritos	1	1	
Suco de laranja	7 h	1 copo grande de suco de laranja	1	1	
Pão	7 h	1 unidade de pão francês	1	1	
1 fruta	7 h	1 unidade de maçã	1	1	
3 biscoitos	7 h	3 unidades de biscoito doce light	1	1	
2 frutas	10 h	2 unidades de banana	3	1	
Bife	12 h	2 bifes de contra filé fritos	2	3	
Arroz	12 h	3 colheres de servir de arroz	2	3	
Feijão	12 h	1 concha de feijão	2	3	
Salada de frutas	12 h	1 taça de salada de frutas	2	3	Creme de leite
Abacaxi	15 h	2 rodelas	3	7	
Sopa	18 h	3 conchas de sopa de ervilha	4	1	Azeite
Torrada	18 h	3 torradas salgadas light	4	1	
Fruta	18 h	1 unidade de tangerina	4	1	
Doce	21 h	3 colheres de sobremesa de doce de abóbora	5	1	
Queijo	21 h	2 fatias de queijo Minas	5	1	

FAACSSIMULE