



# Minhas preferências alimentares e gastronômicas

Nome

Data de  
preenchimento:

## Minhas preferências de comida e bebida

Por exemplo, tipos de comida e bebida e a quantidade preferida.

\* As escolhas alimentares devem ser razoáveis, levando em consideração o que seu fornecedor pode oferecer.

## Minhas preferências gastronômicas

Quando, onde, como e com quem gosto de comer.

## Qualquer auxílio que eu dependa para comer e beber.

Isso pode incluir:

- assistência parcial ou total para comer e beber
- pratos, tigelas e utensílios adaptados para contribuir com a autonomia ao comer
- adaptação dos alimentos conforme as recomendações do fonoaudiólogo.

## Quaisquer problemas de saúde que afetem minha alimentação e hidratação.

Como por exemplo, recomendações de um fonoaudiólogo, tais quais alimentos com textura modificada e líquidos espessados, ou recomendações de um Clínico Geral (GP), para outras questões de saúde.

## Quais tradições ou costumes culturais e/ou religiosos eu pratico?



## Informações de contato

Por exemplo, meu nutricionista, médico/ clínico geral/especialista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou dentista.

## Para uso de pessoal

### Onde o peso e a triagem de desnutrição dos pacientes são registrados?\*

Você deve registrar o peso dos pacientes mensalmente. Quaisquer mudanças ou preocupações com o peso podem necessitar encaminhamento a um nutricionista.

A triagem de desnutrição deve ser realizada usando uma ferramenta já validada.

Observação: considere o encaminhamento a um Clínico Geral (GP) e a um nutricionista se a ferramenta de triagem de desnutrição indicar desnutrição ou risco de desnutrição.

\* Liste onde os dados de peso e as informações de triagem de desnutrição do paciente estão armazenados. Não registre peso neste formulário.

A pessoa que recebe cuidados pode contar com o apoio de trabalhadores, familiares, cuidadores ou profissionais de saúde para preencher este formulário, se necessário. Pergunte ao paciente onde ele deseja que este formulário de preferências seja guardado em seu quarto.

Se a pessoa que você está auxiliando no preenchimento deste formulário tiver dificuldade de comunicação, considere:

- o uso de menus visuais para ajudar a pessoa a escolher suas preferências de refeições e bebidas
- preste atenção à linguagem corporal, gestos e expressões faciais da pessoa para entender suas preferências.



**Telefone**  
1800 951 822



**Web**  
[agedcarequality.gov.au](http://agedcarequality.gov.au)



**Escreva para**  
Aged Care Quality and Safety Commission  
GPO Box 9819, na sua capital