



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Campus Universitário – Trindade – Florianópolis/SC

AMBULATÓRIO DE EPILEPSIA – CANDIDATO(A) À DIETA CETOGÊNICA

DATA: ____ / ____ / ____

Nome: _____ Registro: _____

Idade: _____ Telefone: (____) _____

Diagnóstico de epilepsia: _____

Questionário de adesão ao tratamento dietoterápico cetogênico na epilepsia

Pergunta	Pontuação	SIM	NÃO
1. Você está disposto(a) a seguir o tempo mínimo de 4 meses da dieta?	20		
2. Você está disposto(a) a abrir mão do seu hábito nutricional atual para aderir à dieta?	30		
3. Você está ciente de que a dieta impactará diretamente na sua vida social e da sua família? Mesmo assim você gostaria de começar esta dieta?	10		
4. Você está disposto(a) a medir a cetose/cetonemia 3x/semana (terça, quinta e sábado)?	10		
5. Você está disposto(a) a preencher os formulários de registro de alimentação 3x/semana?	10		
6. Você está ciente de que a dieta cetogênica é um tratamento dietoterápico e que não tem como finalidade a perda de peso?	10		
7. Você terá auxílio de familiares (pais, cônjuge, etc.) que moram com você na preparação das suas refeições?	10		

Mesmo sem ter perda de peso eu me disponho a seguir a dieta cetogênica para buscar melhorar o meu controle de crises epilépticas.

Assinatura: _____