



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

**NUTRIÇÃO CLÍNICA**  
**AMBULATÓRIO / CONSULTÓRIO**

Ambulatório [ ]

Consultório [ ]

DATA DA VISITA

Nº DA VISITA

VISITA AGENDADA

Sim [ ] Não [ ]

**1. IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA**

1.1.

Nutricionista Entrevistado(a) |

CRN-\_\_\_|

1.2.

Vínculo de Trabalho

Estatutário [ ] Celetista [ ]  
Contratado [ ] Concursado Celetista [ ]  
Outro [ ]

**1.3. Recursos Humanos na Área de Nutrição - Equipe Técnica**

Nome	CRN-___	RT / QT	Carga Horária			Data de Admissão PJ
			Diária	Semanal	Horário de trabalho	

Supervisor Técnico?

Sim [ ] Não [ ]

Nome:

Cargo: Nutricionista? Sim [ ] Não [ ] NA [ ]

RT: possui outros vínculos de trabalho

Sim [ ] Não [ ]

Local |

PF entrevistada possui outros vínculos de trabalho?

Sim [ ] Não [ ] NA [ ]

Local |

**2.**

**CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO LOCAL VISITADO**

Razão Social

CNPJ

Unidade Visitada

PJ Nº: \_\_\_\_\_

Hospital / Clínica

Público [ ]

Privado [ ]

Consultório/Ambulatório

Público [ ]

Privado [ ]

Natureza

Filantrópico [ ] Cooperativas [ ] Associações [ ] Particular em sentido estrito [ ]  
Convênios [ ] Outros [ ] \_\_\_\_\_

<b>3. PERFIL DO ATENDIMENTO DO(S) NUTRICIONISTA(S)</b>
--

3.1 Dias de atendimento/horário	
---------------------------------	--

3.2 Nº Médio de atendimentos / dia turno	
--	--

3.3 Tempo médio para a primeira consulta	
--	--

3.4 Tempo médio para atendimento do retorno	
---	--

3.5 Clientela atendida pelo profissional	Criança [ ] Adolescente [ ] Gestante [ ] Adulto [ ] Idoso [ ] Outros [ ] _____
--	---

3.6 Reuniões em grupo	Freqüência: semanal [ ] mensal [ ] trimestral [ ] Outros [ ] Tempo médio de reunião: _____ Número de Participantes: _____
-----------------------	---

3.7 Outros: _____
-------------------

<b>4. FUNCIONAMENTO DA UNIDADE CLÍNICA</b>
--

Horário de funcionamento	2ª a 6ª feira	Sábado/Domingo
--------------------------	---------------	----------------

<b>5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA</b>
---

INDICADORES QUALITATIVOS *		PM	MP	NÃO
5.1.	Elabora o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos			
5.2.	Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional			
5.3.	Registra em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional			
5.4.	Promove educação alimentar e nutricional			

\*PM – padrão mínimo MP – Meta-padrão Não – não atinge padrão mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS *		SIM	NÃO	AS VEZES	* NA
5.5.	Encaminha aos profissionais habilitados os clientes/pacientes quando identificar que as atividades demandadas fogem às suas atribuições técnicas				
5.6	Estabelece receituário individualizado de prescrição dietética, para distribuição ao cliente/paciente				

\*NA – NÃO SE APLICA

<b>6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO(A) NUTRICIONISTA</b>
--

INDICADORES QUANTITATIVO *		SIM	NÃO	AS VEZES	* NA
6.1.	Solicita exames laboratoriais necessários a avaliação nutricional				
6.2.	Prescreve suplementos nutricionais e alimentos para fins especiais				
6.3.	Realiza estudos e pesquisas em sua área de atuação				
6.4.	Acompanha e orienta estagiários de nutrição				

\*NA – NÃO SE APLICA

7. TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	
7.1. Titulação	7.2. Atualização Técnica – Últimos 5 anos
Especialização [ ]   Alimentação Coletiva [ ] Nutrição Clínica [ ] Saúde Coletiva [ ] Nutrição em esportes [ ] Outras [ ]	Textos / livros / artigos [ ] Cursos / congressos [ ] Grupos de estudos [ ] Pesquisa na Internet [ ] Outros (especificar) [ ]
Mestrado [ ]   Doutorado [ ]	
7.3. Tempo de exercício profissional:	

8. ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA , SE HOUVER

9. RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
9.1. Programas de Informática			Específico [ ] Outros [ ]
9.2. Equipamentos para avaliação nutricional			Bioimpedância [ ] Estadiômetro [ ] Balança [ ] Fita métrica [ ] Adipômetro [ ] Outros [ ]
9.3. Orientações nutricionais complementares			
9.4. Material técnico para educação nutricional			
9.5. Outros			

10. DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA
<input type="checkbox"/> Protocolo técnico ou registro no prontuário do diagnóstico nutricional (5.1)
<input type="checkbox"/> Plano alimentar individualizado e lista de substituição (5.2)
<input type="checkbox"/> Prontuário contendo registro da prescrição dietética e a evolução nutricional (5.3)
<input type="checkbox"/> Programa de educação alimentar (5.4)

11. ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA
Atividades Obrigatórias [ ]
<input type="checkbox"/> Protocolo de atendimento nutricional
<input type="checkbox"/> Outras

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-3 e outros Órgãos de Fiscalização.  
A legislação do Sistema CFN/CRNs está disponível nos sites do CFN: [www.cfn.org.br](http://www.cfn.org.br) e CRN-3: [www.crn3.org.br](http://www.crn3.org.br).

### IMPORTANTE

As presentes orientações / solicitações estão baseadas na legislação vigente e ao desenvolvê-las o(a) Nutricionista contribui para a saúde da população, assegurando a assistência nutricional e alimentar por meio de exercício ético, valorizando sua profissão.

12.	OBSERVAÇÕES
-----	-------------


<b>PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)</b>
-------------------------------------

Nome	
------	--

Cargo	
-------	--

Assinatura	
------------	--

<b>NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)</b>
---

Carimbo e Assinatura	
----------------------	--