



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

**NUTRIÇÃO CLÍNICA
HOSPITAL E INSTITUIÇÕES SIMILARES**

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 []

Filantropico []

Privado []

SPA []

3. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

3.1 Especialidade

Nº de Pacientes

Nº de Leitos Ativados

Clinica Médica

Clinica Cirúrgica

Clinica Ginecologia/ Obstetrícia

Pediatria

| | | |
|--------------------|--|--|
| UTI | | |
| Pronto Atendimento | | |
| Ambulatório | | |
| Outros | | |
| Total Geral | | |

3.2. SPA

Nº de Clientes/Pacientes:

4. FUNCIONAMENTO DA UNIDADE CLÍNICA

| | | |
|------------------------------|----------------------------|-----------------|
| Horário de funcionamento | 2ª a 6ª feira | Sábado/Domingo |
| Nutricionistas nos plantões: | Diurno | Sim [] Não [] |
| | Noturno | Sim [] Não [] |
| São realizados plantões: | à distância/sobreaviso [] | no local [] |
| | | Horário [] |

5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA CLÍNICA

| INDICADORES QUALITATIVOS | | * | PM | MP | NAO |
|--------------------------|---|---|----|----|-----|
| 5.1. | Elabora o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos. | | | | |
| 5.2. | Prescreve dietas, com base no diagnóstico nutricional. | | | | |
| 5.3. | Registra em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional | | | | |
| 5.4. | Planeja, elabora e executa protocolos técnicos do serviço | | | | |

* PM – Padrão Mínimo MP – Meta Padrão Não – não atinge padrão mínimo

| INDICADORES QUANTITATIVOS | | SIM | NÃO | ÀS VEZES | *NA |
|---------------------------|---|-----|-----|----------|-----|
| 5.5. | Planeja as atividades de assistência nutricional aos clientes / pacientes, segundo níveis de atendimento em nutrição | | | | |
| 5.6. | Determina a alta nutricional | | | | |
| 5.7. | Supervisiona a distribuição e administração de dietas | | | | |
| 5.8. | Interage com equipe, multidisciplinar definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares a prescrição dietética | | | | |
| 5.9. | Integra a EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional) | | | | |

*NA – não se aplica

6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO(A) NUTRICIONISTA

| INDICADORES QUANTITATIVOS | | SIM | NAO | ÀS VEZES | *NA |
|---------------------------|---|-----|-----|----------|-----|
| 6.1. | Solicita exames laboratoriais necessários a avaliação nutricional | | | | |
| 6.2. | Prescreve 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 Antropométrica | | | Bioimpedância [] Estadiometro [] Balança [] Fita Métrica [] Adipômetro [] Outros []: _____ |
| 9.3 | Outros | | | |

| | |
|------------|--|
| 10. | DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA |
|------------|--|

- Protocolo técnico ou registro no prontuário do diagnóstico nutricional (5.2)
 Prontuário contendo registro da prescrição dietética e a evolução nutricional (5.3)
 Protocolos Técnicos de serviço (5.4)
 Formulário de orientação de alta (5.6)

| | |
|------------|---|
| 11. | ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA |
|------------|---|

| |
|-----------------------------|
| Atividades Obrigatórias [] |
| |
| |

- Protocolo de atendimento nutricional
 Orientação nutricional de alta (impressos)
 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 e CRN-3: www.crn3.org.

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 |
|------------|--------------------|

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A) | |
|------------------------------|--|
| Nome | |
| Cargo | |
| Assinatura | |

| NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A) | |
|------------------------------------|--|
| Carimbo e Assinatura | |