

Possui credenciamento na Sec. Saúde? Sim [] Não []
A equipe está publicada em diário oficial? Sim [] Não []
Serviço Próprio? Sim [] Não [] [] Não soube informar Serviço Terceirizado / Razão Social: _____
Tipo de sistema utilizado: Sistema aberto [] Sistema Fechado[] Misto []
Tipo de dieta: Artesanal [] Industrializada [] Ambos []
Local para manipulação (sistema aberto): Exclusivo [] Lactário[] Sondário [] Outros: [] _____

3 ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

3.1 Especialidade	Nº Total de leitos	Nº de Pacientes Internados (média/dia)	Nº de Paciente em TN		
			NO	NE	NP
Clínica Médica					
Clínica Cirúrgica					
Clínica Ginecológica / Obstetrícia					
Pediatria					
UTI / Semi Intensiva					
Pronto Atendimento					
Ambulatório					
Outros					
Total					
3.2 Pacientes em Uso de TN (%)	TNO: %	TNE: %	TNP: %		

4 FUNCIONAMENTO DA UNIDADE CLÍNICA

Horário de funcionamento:	2ª a 6ª feira:	Outra:
São realizados plantões: [] Sim [] Não	À distância / sobreaviso: [] Sim [] Não	No Local: [] Sim [] Não
		Horário:

5 ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO NUTRICIONISTA DA EMTN

INDICADORES QUALITATIVOS *		PM	MP	NÃO
5.1	Coordena e garante a realização do diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, laboratoriais, antropométricos e dietéticos			
5.2	Coordena e garante a prescrição dietética, com base no diagnóstico nutricional			
5.3	Coordena e garante o registro em prontuário da prescrição dietética e da evolução nutricional			
5.4	Coordena e garante o planejamento e a elaboração dos Protocolos Técnicos dos Serviços			

* 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 pacientes, segundo níveis de atendimento de nutrição				
5.6	Supervisiona a administração e distribuição de dietas enterais e suplementos orais				
5.7	Interage com a equipe multidisciplinar definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares a prescrição dietética				
5.8	Coordena e garante o monitoramento do estado nutricional				
5.9	Está envolvida e/ou realiza plano de alta hospitalar				
5.10	Possui Procedimentos / Manual de Terapia Nutricional				
5.11	Possui Procedimentos / Manual de Assistência Nutricional				

*NA – não se aplica

6	ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO NUTRICIONISTA DA EMTN
----------	--

INDICADORES QUANTITATIVOS		Sim	Não	Às vezes	NA*
6.1	Solicita exames laboratoriais necessários para a avaliação nutricional				
6.2	Acompanha e orienta estágios				
6.3	Acompanha e orienta residência				
6.4	Acompanha e orienta aprimoramento				
6.5	Estabelece as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição				
6.6	Cria mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em ao menos um dos âmbitos: hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados aos cuidados da EMTN				
6.7	Participa da capacitação os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados				
6.8	Participa das auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da EMTN, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da TNE e/ou TNP				
6.9	Participa da análise do custo e benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE e/ou TNP				
6.10	Realiza estudos e pesquisas científicas na EMTN				

*NA – não se aplica

7 TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	
7.1 Titulação	7.2 Atualização Técnica – Últimos 5 anos
Especialização: <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Outras Qual: _____ Título de Especialista: <input type="checkbox"/> Terapia Nutricional <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Outras Qual: _____ Mestrado <input type="checkbox"/> Em Terapia Nutricional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Doutorado <input type="checkbox"/> Em Terapia Nutricional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Textos / livros / artigos <input type="checkbox"/> Cursos / congressos <input type="checkbox"/> Grupos de estudos <input type="checkbox"/> Pesquisa na Internet <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____

8 RECURSOS	
8.1	Possui equipamentos de/para diagnóstico nutricional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Balanças <input type="checkbox"/> Adipômetro <input type="checkbox"/> Bioimpedância <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> : _____

9 ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO NUTRICIONISTA (Atividades obrigatórias e complementares)	

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

IMPORTANTE

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

10 OBSERVAÇÕES	

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)	
Nome	
Cargo	
Assinatura	

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
Carimbo e Assinatura	

