



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

**NUTRIÇÃO CLÍNICA**  
**ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPICA**  
**EM HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES SIMILARES**

DATA DA VISITA

Nº DA VISITA

VISITA  
AGENDADA

[ ] Sim [ ] Não

**1. IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA**

1.1.

Nome do (a) Nutricionista Entrevistado (a) |

CRN-\_\_|

1.2.

Vínculo de Trabalho

[ ]. Celetista [ ] Concursado Celetista [ ]. Contratado [ ]. Estatutário  
[ ] 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	

1.4. Há supervisão técnica?

[ ] Sim [ ] Não

**Em caso afirmativo:**

Nome:

Nutricionista? [ ] Sim [ ] Não

1.5. Nutricionista entrevistado (a) possui outros vínculos de trabalho?

[ ]. Sim [ ]. Não

Local |

2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA VISITADA	
2.1. Razão Social:	
2.2. CNPJ:	PJ N°:
2.3. Razão Social da Unidade/Cliente:	
2.4. CNPJ da Unidade/Cliente:	

### 3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO ESTABELECIMENTO VISITADO

3.1. Tipo de estabelecimento:				
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Hospital-dia	<input type="checkbox"/> Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	<input type="checkbox"/> Spa clínico
<input type="checkbox"/> Outros. Especificar:				

3.2. Natureza Jurídica:	
<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Privada: <input type="checkbox"/> com fins lucrativos <input type="checkbox"/> sem fins lucrativos
<input type="checkbox"/> Outra. Especificar:	

3.3. Nível de atenção do estabelecimento:	
<input type="checkbox"/> Média complexidade	<input type="checkbox"/> Alta complexidade <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Não se aplica

3.4. Dimensionamento:	Nº de Leitos:
-----------------------	---------------

### 4. CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - UND

4.1. Tipo de gestão: <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Concessão	
Há interlocutor do contrato de concessão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Em caso afirmativo: é Nutricionista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Nome do nutricionista:	CRN-__

4.2. Horário de funcionamento:	2ª a 6ª feira:	Sábado:
		_____
		Domingo:
		_____

4.3. Há atendimento noturno?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------	---

4.4. Nutricionistas nos plantões?	Diurno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Noturno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

4.5. Em caso de realização de plantões	<input type="checkbox"/> à distância/sobreaviso <input type="checkbox"/> no local	Horário
--	---	---------

<b>4.6. Há Central de Terapia Nutricional?</b>	[ ] Sim [ ] Não [ ] Não se aplica
<b>4.6.1. Há Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?</b>	[ ] Sim [ ] Não [ ] Não se aplica
<b>4.6.2. Em caso afirmativo: Há Nutricionista integrando a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?</b>	[ ] Sim [ ] Não [ ] Não se aplica

<b>4.7. Há atendimento ambulatorial?</b>	[ ] Não [ ] Sim. Tempo de consulta inicial [ ] < 45min. [ ] ≥ 45min. Tempo de consulta de retorno [ ] < 30min. [ ] ≥ 30min. Tempo de atividade em grupo [ ] < 60min. [ ] ≥ 60min.
--	--

<b>4.8. Há banco de leite humano/posto de coleta?</b>	[ ] Sim [ ] Não [ ] Não se aplica
<b>4.9. Há lactário?</b>	[ ] Sim [ ] Não [ ] Não se aplica
<b>4.10. Há serviço de terapia renal substitutiva?</b>	[ ] Não [ ] Não se aplica [ ] Sim. Nº de Pacientes/dia: _____

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

INDICADORES QUALITATIVOS		PM	MP	NÃO
<b>5.1.</b>	Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.			
<b>5.2.</b>	Elabora o diagnóstico de nutrição.			
<b>5.3.</b>	Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição.			
<b>5.4.</b>	Registra em prontuário o diagnóstico de nutrição, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela UND.			

\* PM – Padrão Mínimo MP – Meta Padrão NÃO – não atinge padrão mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
<b>5.5.</b>	Orienta e supervisiona a distribuição e administração de dietas.				
<b>5.6.</b>	Interage com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.				
<b>5.7.</b>	Realiza orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários.				
<b>5.8.</b>	Elabora relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana.				

\*NA – não se aplica

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

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
6.1.	Solicita exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela UND.				
6.2.	Prescreve, quando necessário:				
	Suplementos nutricionais				
	Alimentos para fins especiais				
	Fitoterápicos				
6.3.	Promove ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários.				
6.4.	Interage com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.				
6.5.	Realiza e divulga estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.				
6.6.	Participa do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e/ou de curso técnico em nutrição e dietética.				

\*NA – não se aplica

<b>7.</b>	<b>TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL</b>	
-----------	--	--

7.1.	Titulação	7.2.	Atualização Técnica – Últimos 5 anos
	<input type="checkbox"/> Especialização   <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição em esportes <input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Outras		<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 (especificar)
	<input type="checkbox"/> Mestrado    <input type="checkbox"/> Doutorado		

<b>7.3.</b>	<b>Tempo de exercício profissional:</b>
-------------	---

<b>8.</b>	<b>ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, SE HOUVER</b>
-----------	--


9.	RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
9.1.	Programas de Informática			[ ] Específico [ ] Outros
9.2.	Equipamentos para avaliação do estado nutricional			[ ] Bioimpedância [ ] Estadiômetro [ ] . Balança [ ] Fita Métrica [ ] Adipômetro [ ] Outros: _____
9.3	Outros			

<b>10.</b>	<b>DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA</b>
------------	--

- Protocolos técnicos do serviço (5.1)  
 Registro do diagnóstico de nutrição (5.2)  
 Registro da prescrição dietética (5.3)  
 Registro no prontuário do diagnóstico de nutrição, prescrição dietética e evolução nutricional (5.4)  
 Formulário de orientação nutricional na alta (5.7)  
 Relatórios técnicos de não conformidades (5.8)

<b>11.</b>	<b>ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA</b>
------------	---

Atividades Obrigatórias [ ]

- . Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço (5.1)  
 . Realizar o diagnóstico de nutrição (5.2)  
 . Elaborar a prescrição dietética (5.3)  
 . Registrar em prontuário diagnóstico de nutrição, prescrição dietética e evolução nutricional (5.4)  
 . Realizar a orientação nutricional na alta (5.7)  
 . Elaborar relatórios técnicos de não conformidades (5.8)  
 Outras \_\_\_\_\_

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 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.

<b>12.</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
------------	--------------------


**PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)**

Nome

Cargo

Assinatura

**NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)**Carimbo e  
Assinatura