



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

NUTRIÇÃO CLÍNICA  
SERVIÇO DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

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	

Supervisor Técnico?

Sim [ ] Não [ ] Nome: \_\_\_\_\_  
Formação: 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 N°: \_\_\_\_\_

Hospital / Clínica - Natureza

Público [ ] Privado [ ] Filantrópico [ ]

Números de pontos de diálise:

Turnos de Hemodiálise: 1º [ ] 2º [ ] 3º [ ] 4º [ ]

Total de pacientes do serviço de diálise:

Hemodiálise: \_\_\_\_\_ CAPD: \_\_\_\_\_ APD: \_\_\_\_\_

3. PERFIL DO ATENDIMENTO DO(S) NUTRICIONISTA(S)

3.1 Clientela atendida pelo profissional

Criança [ ] Adolescente [ ] Gestante [ ] Adulto [ ] Idoso [ ]

3.2 Outras considerações:

**4. FUNCIONAMENTO DA UNIDADE CLÍNICA**

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

**5. SERVIÇO DE PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES**

<b>5.1. Natureza do Serviço:</b>	Próprio [ ]    Terceirizado [ ]    N.A [ ]
----------------------------------	--

Se terceirizado, qual a razão social da pessoa jurídica: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Nome do Nutricionista Responsável Técnico: \_\_\_\_\_ CRN-3 \_\_\_\_\_

<b>5.2. Refeições são servidas aos usuários:</b>	Pré-diálise [ ]                      Pós-diálise [ ] Pré e pós-diálise [ ]                  Durante diálise [ ]
--	--

<b>5.3. Natureza das refeições fornecidas:</b>	Lanche simples (pão/biscoito, café e leite) [ ] Refeição (arroz, feijão, carne, guarnição e salada) [ ] Lanche especial (pão, alimento fonte de proteína de AVB, suco ou café e leite) [ ] Outros: _____
--	---

**5.4. Existe diferença em relação ao padrão das refeições oferecidas de acordo com o tipo de convênio do usuário?**  
 Sim [ ]    Não [ ]  
 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

<b>5.5. Local onde ocorre a distribuição das refeições:</b>	Salão de diálise [ ]    Copa para os usuários [ ]    Recepção da clínica [ ] Outro: _____
---	--

<b>5.6. TOTAL/DIA (REF E/OU LANCHE)</b>	
---	--

**6. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA**

INDICADORES QUALITATIVOS *		PM	MP	NÃO
<b>6.1.</b>	Elabora o diagnóstico de nutrição			
<b>6.2.</b>	Elabora a prescrição dietética			
<b>6.3.</b>	Registra em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional de acordo com protocolo pré-estabelecido			
<b>6.4.</b>	Promove ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, cuidadores, familiares ou responsáveis.			

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

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
<b>6.5.</b>	Estabelece e executa protocolos técnicos dos serviços				
<b>6.6.</b>	Elabora relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas				
<b>6.7.</b>	Supervisiona a distribuição de refeições e/ou administração de dietas				
<b>6.8.</b>	Interage com equipe multiprofissional definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares a prescrição dietética				

\*NA – NÃO SE APLICA

<b>7.</b>	<b>ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO(A) NUTRICIONISTA</b>
-----------	---

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
7.1.	Solicita exames laboratoriais necessários a avaliação nutricional				
7.2.	Prescreve suplementos nutricionais e alimentos para fins especiais				
7.3.	Realiza estudos e pesquisas em sua área de atuação				
7.4.	Acompanha e orienta estagiários de nutrição				

\*NA – NÃO SE APLICA

8.		TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL			
8.1.	Titulação	8.2.	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	[ ]				
8.3.	Tempo de exercício profissional:				

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

10.	RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	NA	OBSERVAÇÕES
10.1.	Programas de Informática				Específico [ ] Outros [ ]
10.2.	Equipamentos para avaliação antropométrica				Bioimpedância [ ] Estadiômetro [ ] Balança [ ] Fita métrica [ ] Adipômetro [ ] Outros [ ]
10.3.	Orientações nutricionais complementares				
10.4.	Material técnico para educação nutricional				Geral [ ] Específico [ ]
10.5.	Manual de Boas Práticas				
10.6.	POP				
10.7.	Outros				

<b>11.</b>	<b>DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA</b>
------------	--

- [ ] Registro no prontuário do diagnóstico nutricional (6.1.)
- [ ] Marcador clínico (6.1.)
- [ ] Prontuário contendo registro da prescrição dietética e a evolução nutricional (6.2. e 6.3.)
- [ ] Programa de educação alimentar (6.4.)
- [ ] Protocolos técnicos do serviço (6.5.)
- [ ] Orientações nutricionais complementares (10.3.)
- [ ] manual de boas práticas(10.5.)
- [ ] Pop (10.6.)

12.	ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA
Atividades Obrigatórias [ ]	

[ ] 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.

13.	OBSERVAÇÕES

**PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)**

Nome	
Cargo	
Assinatura	

**NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)**

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