



UF / /

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	Cargo Horário			Data de Admissão DT
			Diária	Semanal	Horário de	

1.4. Há supervisão técnica?

[ ] Sim [ ] Não

	<i>Em caso afirmativo:</i> 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 Nº: _____
2.3. Razão Social da Unidade/Cliente:	
2.4. CNPJ da Unidade/Cliente:	

### 3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO ESTABELECIMENTO VISITADO

3.1. Tipo de estabelecimento:				
[ ] Hospital	[ ] Clínica	[ ] Hospital-dia	[ ] Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	[ ] Spa clínico
[ ] Outros. Especificar:				

3.2. Natureza Jurídica:	
[ ] Pública	[ ] Privada: [ ] com fins lucrativos [ ] sem fins lucrativos
[ ] Outra. Especificar:	

3.3. Nível de atenção do estabelecimento:
---

Média complexidade  Alta complexidade  Ambos  Não se aplica

3.4. **Dimensionamento:** N° de Leitos:

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

4.1. Tipo de gestão:  Autogestão  Concessão

Há interlocutor do contrato de concessão?  Sim  Não  Não se aplica

Em caso afirmativo: É Nutricionista?  Sim  Não  Não se aplica

Nome do nutricionista: \_\_\_\_\_ CRN-\_\_

4.2. Horário de funcionamento:

2ª a 6ª feira:

Sábado: \_\_\_\_\_

Domingo: \_\_\_\_\_

4.3. Há atendimento noturno?  Sim  Não

4.4. Nutricionistas nos plantões?

Diurno  Sim

Não

Noturno  Sim

Não

4.5. Em caso de realização de plantões

à distância/sobreaviso   
 no local

Horário/

4.6. Há Central de Terapia Nutricional?

Sim  Não

Não se aplica

4.6.1. Há Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?

Sim  Não

Não se aplica

4.6.2. Em caso afirmativo: Há Nutricionista integrando a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?

Sim  Não

Não se aplica

4.7. Há atendimento ambulatorial?

Não

	<input type="checkbox"/> Sim. Tempo de consulta inicial <input type="checkbox"/> < 45min. <input type="checkbox"/> ≥ 45min. Tempo de consulta de retorno <input type="checkbox"/> < 30min. <input type="checkbox"/> ≥ 30min. Tempo de atividade em grupo <input type="checkbox"/> < 60min. <input type="checkbox"/> ≥ 60min.
--	--

4.8. Há banco de leite humano/posto de coleta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
4.9. Há lactário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
4.10. Há serviço de terapia renal substitutiva?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim. Nº de Pacientes/dia: _____
<b>5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA</b>	

INDICADORES QUALITATIVOS		PM	MP	NÃO
*				
5.1.	Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.			
5.2.	Elabora o diagnóstico de nutrição.			
5.3.	Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição.			
5.4.	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
5.5.	Orienta e supervisiona a distribuição e administração de dietas.				
5.6.	Interage com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.				
5.7.	Realiza orientação nutricional na alta dos				

	<i>clientes/pacientes/usuários.</i>				
5.8.	<i>Elabora relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana.</i>				

\*NA - não se aplica

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

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

\*NA - não se aplica

<b>7.</b>	<b>TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL</b>	
7.1.	<i>Titulação</i>	7.2. <i>Atualização Técnica - Últimos 5 anos</i>

<input type="checkbox"/> Especialização / <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva  <input type="checkbox"/> Nutrição Clinica  <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 /	

7.3. Tempo de exercício profissional:

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

9.	RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SI	NÃO	OBSERVAÇÕES
		M	O	
9.1	Programas de Informática			<input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/> Outros
9.2	Equipamentos para avaliação do estado nutricional			<input type="checkbox"/> Bioimpedância <input type="checkbox"/> Estadiômetro <input type="checkbox"/> Balança <input type="checkbox"/> Fita Métrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adipômetro <input type="checkbox"/> Outros: _____
9.3	Outros/			

10. DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA

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)

11.	ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA
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-\_\_ 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-\_\_: [www.crn\\_.org.br](http://www.crn_.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

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)	
Nome	

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
Carimbo e Assinatura	

*Cargo* | \_\_\_\_\_

*Assinatura* | \_\_\_\_\_

--	--