



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 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:				
<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
---	---	-----------------------------------	----------------

4.6. Há Central de Terapia Nutricional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
4.6.1. Há Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
4.6.2. Em caso afirmativo: Há Nutricionista integrando a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica

4.7. Há atendimento ambulatorial?	<input type="checkbox"/> 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: _____
5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA	

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

*NA – não se aplica

6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO(A) NUTRICIONISTA	
---	--

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

7. TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	
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	
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
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"/> 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 <input type="checkbox"/>

- 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 e CRN-__: 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	
Cargo	
Assinatura	

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
Carimbo e Assinatura	