



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**

|   |                                  |                                       |  |                                      |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <b>3.1. Tipo de estabelecimento:</b>          |                                  |                                       |  |                                      |
| <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: |                                  |                                       |  |                                      |

|  |   |
|--|---|
| <b>3.2. Natureza Jurídica:</b>               |   |
| <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: |   |

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

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| <b>3.4. Dimensionamento:</b> | <b>Nº de Leitos:</b> |
|------------------------------|----------------------|

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

|  |                                     |                                    |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <b>4.1. Tipo de gestão:</b>  | <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-__                             |

|                                       |                |                |
|---------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>4.2. Horário de funcionamento:</b> | 2ª a 6ª feira: | Sábado: _____  |
|                                       |                | Domingo: _____ |

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

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

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

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

|  |   |
|--|---|
| <b>4.7. Há atendimento ambulatorial?</b> | <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.<br>Tempo de atividade em grupo <input type="checkbox"/> < 60min. <input type="checkbox"/> ≥ 60min. |

|   |  |
|---|--|
| 4.8. Há banco de leite humano/posto de coleta?        | [ ] Sim [ ] Não [ ] Não se aplica                                |
| 4.9. Há lactário?                                     | [ ] Sim [ ] Não [ ] Não se aplica                                |
| 4.10. Há serviço de terapia renal substitutiva?       | [ ] Não [ ] Não se aplica<br>[ ] 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 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

|   |  |
|---|--|
| <b>6. 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.   |  |  |  |  |
| <b>6.6.</b> | 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. TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL</b>   |  |
|---|--|
| <b>7.1. Titulação</b>   | <b>7.2. Atualização Técnica – Últimos 5 anos</b>   |
| <input type="checkbox"/> Especialização   <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva<br><input type="checkbox"/> Nutrição Clínica<br><input type="checkbox"/> Saúde Coletiva<br><input type="checkbox"/> Nutrição em esportes<br><input type="checkbox"/> Fitoterapia<br><input type="checkbox"/> Outras | <input type="checkbox"/> Textos / livros / artigos<br><input type="checkbox"/> Cursos / congressos<br><input type="checkbox"/> Grupos de estudos<br><input type="checkbox"/> Pesquisa na Internet<br><input type="checkbox"/> Outros (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Mestrado  <br><input type="checkbox"/> Doutorado   |  |
| <b>7.3. Tempo de exercício profissional:</b>  |  |
| <b>8. ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, SE HOVER</b>  |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |

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

|  |
|--|
| <b>10. 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. ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA</b> |
|---|
| 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](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                         |  |
| Cargo                        |  |
| Assinatura                   |  |

| NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A) |  |
|------------------------------------|--|
| Carimbo e Assinatura               |  |