



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

NUTRIÇÃO CLÍNICA
ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPIA EM AMBULATÓRIOS E CONSULTÓRIOS

DATA DA VISITA

Nº DA VISITA

VISITA AGENDADA

[] Sim

[] Não

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) 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/Ciente:

2.4. CNPJ da Unidade/Ciente:

3.	CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO ESTABELECIMENTO VISITADO
-----------	--

3.1. Especificação: Ambulatório Consultório

3.2. Tipo de estabelecimento:

<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
<input type="checkbox"/> Spa clínico	<input type="checkbox"/> Consultório particular	<input type="checkbox"/> Não se aplica
<input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____		

3.3. Natureza Jurídica:

<input type="checkbox"/> Pública: () municipal () estadual () federal		
<input type="checkbox"/> Filantrópica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mista		

4.	CARACTERÍSTICAS DA ASSISTENCIA NUTRICIONAL
-----------	---

4.1. Dias/horário de atendimento:

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado

4.2. Dimensionamento:
4.2.1. Nº médio de atendimento/dia: _____

4.3. Tempo médio de consulta:

	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.
--	---

4.4. Grupos populacionais atendidos:

	<input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Outros _____
--	---

4.5. Há atividade em grupo?

	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Frequência: <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensal <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> Outros: _____ Tempo médio da atividade <input type="checkbox"/> < 60min. <input type="checkbox"/> ≥ 60min. Número médio de participantes: _____
--	---

5.	ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA
-----------	--

INDICADORES QUALITATIVOS	*	PM	MP	NÃO
5.1. Elabora o diagnóstico de nutrição.				
5.2. Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição.				
5.3. Registra, em prontuário dos clientes/pacientes/usuários, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos.				
5.4. Promove educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, familiares ou responsáveis.				

* PM – Padrão Mínimo MP – Meta Padrão Não – não atinge padrão mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
5.5.	Elabora receituário de prescrição dietética individualizada para distribuição aos clientes/pacientes/usuários.				
5.6.	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 a avaliação nutricional, prescrição dietética e evolução nutricional dos clientes/pacientes/usuários.				
6.2.	Prescreve, quando necessário:				
	Suplementos nutricionais				
	Alimentos para fins especiais				
	Fitoterápicos				
6.3.	Interage com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.				
6.4.	Realiza e divulga estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.				
6.5.	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	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
9.1.	Programas de Informática			[] Específico [] Outros
9.2.	Protocolos técnicos do serviço			
9.3.	Prontuário do cliente/paciente			[] Físico [] Eletrônico
9.4.	Equipamentos para avaliação do estado nutricional			[] Bioimpedância [] Estadiômetro [] Balança [] Fita Métrica [] Adipômetro [] Outros: _____
9.5.	Orientações nutricionais complementares			
9.6.	Material técnico para educação nutricional			
9.7.	Outros:			

10.	DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA
------------	--

- [] Registro do diagnóstico de nutrição (5.1)
- [] Prontuário contendo registro de prescrição dietética e a evolução nutricional (5.2)
- [] Registro da prescrição dietética (5.3)
- [] Receituário de prescrição dietética (5.4)
- [] Programa de educação alimentar e nutricional (5.5)
- [] Relatórios técnicos de não conformidades (5.6)
- [] Protocolos técnicos do serviço (9.2)

11.	ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA
------------	---

Atividades Obrigatórias []

- [] Realizar o diagnóstico de nutrição (5.1)
- [] Elaborar a prescrição dietética (5.2)
- [] Elaborar receituário de prescrição dietética (5.3)
- [] Registrar em prontuário a prescrição dietética e evolução nutricional (5.4)
- [] Promover educação alimentar e nutricional (5.5)
- [] Elaborar relatórios técnicos de não conformidades (5.6)
- [] Solicitar exames laboratoriais necessários a avaliação nutricional, prescrição dietética e evolução nutricional dos clientes/pacientes/usuários. (6.1)
- [] Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário. (6.2)
- [] Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética. (6.3)
- [] Realizar e divulgar estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação. (6.4)
- [] Participar do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e/ou de curso técnico em nutrição e dietética. (6.5)
- [] Elaborar protocolos técnicos do serviço (9.2)
- [] 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	
----------------------	--