



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. Tempo de atividade em grupo <input type="checkbox"/> < 60min. <input type="checkbox"/> ≥ 60min.		
<b>4.8. Há banco de leite humano/posto de coleta?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		
<b>4.9. Há lactário?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		
<b>4.10. Há serviço de terapia renal substitutiva?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica		
	<input type="checkbox"/> Sim. Nº de Pacientes/dia: _____		

<b>5.</b>	<b>ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA</b>
-----------	--

INDICADORES QUALITATIVOS		PM	MP	NÃO
<b>5.1.</b>	Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.			
<b>5.2.</b>	Elabora o diagnóstico de nutrição.			
<b>5.3.</b>	Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição.			
<b>5.4.</b>	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
<b>5.5.</b>	Orienta e supervisiona a distribuição e administração de dietas.				
<b>5.6.</b>	Interage com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.				
<b>5.7.</b>	Realiza orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários.				
<b>5.8.</b>	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.</b>	<b>ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO(A) NUTRICIONISTA</b>
-----------	--

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
<b>6.1.</b>	Solicita exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela UND.				
<b>6.2.</b>	Prescreve, quando necessário:				
	Suplementos nutricionais				
	Alimentos para fins especiais				
	Fitoterápicos				
<b>6.3.</b>	Promove ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários.				
<b>6.4.</b>	Interage com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.				
<b>6.5.</b>	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

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			<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](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	