



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

**NUTRIÇÃO CLÍNICA**  
**ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPIA EM**  
**SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

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 [ ] NA

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/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"/> 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:	

**4. CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE DIÁLISE**

<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. Perfil dos pacientes atendidos pelo serviço</b>	<input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Idoso
	<input type="checkbox"/> Gestante

<b>4.3. Horário de funcionamento</b>	2ª a 6ª feira	Sábado/Domingo
--------------------------------------	---------------	----------------

**4.4. Dimensionamento:**

<b>4.4.1. Números de pontos de diálise:</b>
---

<b>4.4.2. Turnos de diálise:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
--

<b>4.4.3. Total de pacientes do serviço de diálise:</b>	<b>4.4.3.1. Hemodiálise:</b> _____
	<b>4.4.3.2. Diálise Peritoneal:</b> _____
	<b>4.4.3.3. Outras:</b> _____

**5. CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES**

<b>5.1. Tipo de gestão:</b> <input type="checkbox"/> Autogestão <input type="checkbox"/> Concessão <input type="checkbox"/> Mista	
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-__

**5.2. Dimensionamento da produção de refeições/dia:**

5.2.1. PEQUENAS REFEIÇÕES	TOTAL	5.2.2. GRANDES REFEIÇÕES	TOTAL	TOTAL GERAL
LANCHE SIMPLES		ALMOÇO		
LANCHE ESPECIAL		JANTAR		
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>		

<b>5.3. Período em que as refeições são servidas aos pacientes</b>	<input type="checkbox"/> Pré-diálise	<input type="checkbox"/> Pós-diálise
	<input type="checkbox"/> Pré e pós-diálise	<input type="checkbox"/> Durante diálise

<b>5.4. Local onde ocorre a distribuição das refeições:</b>	<input type="checkbox"/> Salão de diálise	<input type="checkbox"/> Copa para os pacientes
	<input type="checkbox"/> Recepção da clínica	
	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

<b>6.</b>	<b>ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA NA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPICA</b>
-----------	---

INDICADORES QUALITATIVOS		*	PM	MP	NÃO
6.1.	Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço				
6.2.	Elabora o diagnóstico de nutrição				
6.3.	Elabora a prescrição dietética				
6.4.	Registra em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos pré-estabelecidos				

\*PM – Padrão mínimo MP – Meta-padrão Não – Não atinge padrão mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
6.5.	Realiza/supervisiona a triagem de risco nutricional quando da admissão do paciente				
6.6.	Orienta e supervisiona a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação e tolerância alimentar				
6.7.	Promove ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários, cuidadores, familiares ou responsáveis				
6.8.	Interage com equipe multiprofissional definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares a prescrição dietética				
6.9.	Elabora relatórios técnicos de não conformidades e respectivas ações corretivas				

\*NA – NÃO SE APLICA

<b>7.</b>	<b>ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO(A) NUTRICIONISTA</b>
-----------	---

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
7.1.	Solicita exames laboratoriais necessários a avaliação nutricional				
7.2.	Prescreve, quando necessário:				
	Suplementos nutricionais				
	Alimentos para fins especiais				
	Fitoterápicos				
7.3.	Realiza estudos e pesquisas em sua área de atuação				
7.4.	Participa do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e de curso técnico em nutrição e dietética				

\*NA – NÃO SE APLICA

<b>8.</b>	<b>TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL</b>	
-----------	--	--

8.1. Titulação	8.2. Atualização Técnica – Últimos 5 anos
<input type="checkbox"/> Especialização   <input type="checkbox"/> Mestrado   <input type="checkbox"/> Doutorado	<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"/> Alimentação Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição em esporte <input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica em Nefrologia <input type="checkbox"/> Outras: Especificar	
8.3. Tempo de exercício profissional:	

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

10.	RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
10.1.	Programas de Informática			Específico [ ] Outros [ ]
10.2.	Equipamentos para avaliação do estado nutricional			Bioimpedância [ ] Estadiômetro [ ] Balança [ ] Fita métrica [ ] Adipômetro [ ] Outros [ ]
10.3.	Material técnico para educação nutricional			Geral [ ] Específico [ ]
10.4.	Outros			

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

- Protocolos técnicos do serviço (6.1. e 6.5.)
- Registro no prontuário do diagnóstico de nutrição (6.2.)
- Prontuário contendo registro da prescrição dietética e a evolução nutricional (6.3. e 6.4.)
- Registro de ações de educação alimentar (6.7.)
- Relatórios técnicos (6.8.)

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

Atividades Obrigatórias [ ]

- Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço (6.1.)
- Elaborar o diagnóstico de nutrição (6.2.)
- Elaborar a prescrição dietética (6.3.)
- Registrar em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional (6.4.)
- Realizar/supervisionar a triagem de risco nutricional quando da admissão do paciente (6.5.)
- Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais (6.6.)
- Promover ações de educação alimentar e nutricional (6.7.)
- Interagir com equipe multiprofissional (6.8.)
- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades (6.9.)
- Outras

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-3 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-3: [www.crn3.org.br](http://www.crn3.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.

13.	OBSERVAÇÕES

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)
------------------------------

Nome	
Cargo	
Assinatura	

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)
------------------------------------

Carimbo e Assinatura	
----------------------	--



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

NUTRIÇÃO CLÍNICA  
ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPICA EM  
SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

DATA DA VISITA

Nº. DA VISITA

VISITA  
AGENDADA

Sim [ ] Não [ ]

### ANEXO 1

#### Solicitações das Atribuições Obrigatórias do Nutricionista

**Item 6.1.** – Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço

- Padrão Mínimo:** Estabelecer protocolos técnicos do serviço de acordo com a legislação vigente e instrumentos validados cientificamente.
- Meta Padrão:** Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, de acordo com a legislação vigente e instrumentos validados cientificamente.

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Item 6.2.** – Elabora o diagnóstico de nutrição

- Padrão Mínimo:** Elaborar o diagnóstico de nutrição, na admissão do paciente, e periodicamente de acordo com o protocolo técnico do serviço.
- Meta Padrão:** Elaborar o diagnóstico de nutrição, na admissão do paciente e, periodicamente de acordo com a diretrizes nacionais vigentes.

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Item 6.3.** – Elabora a prescrição dietética

- Padrão Mínimo:** Elaborar a prescrição dietética, na admissão do paciente, e periodicamente de acordo com o protocolo técnico do serviço.
  
- Meta Padrão:** Elaborar a prescrição dietética, na admissão do paciente e, periodicamente de acordo com a diretrizes nacionais vigentes.

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

**Item 6.4.** – Registra em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos pré-estabelecidos

- Padrão Mínimo:** Registrar em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional, na admissão do paciente, e periodicamente de acordo com o protocolo técnico do serviço.
  
- Meta Padrão:** Registrar em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional, na admissão do paciente, e periodicamente de acordo com a diretrizes nacionais vigentes.

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)		NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
Nome		Carimbo e Assinatura	
Cargo			
Assinatura			