



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

NUTRIÇÃO CLÍNICA
AMBULATÓRIO / CONSULTÓRIO

Ambulatório []

Consultório []

DATA DA VISITA

Nº DA VISITA

VISITA AGENDADA

Sim [] Não []

1. IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA

1.1.

Nutricionista Entrevistado (a) |

CRN-____|

1.2.

Vínculo de Trabalho

Estatutário [] Celetista []
Contratado [] Concursado Celetista []
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	

Supervisor Técnico?

Sim [] Não []

Nome:

Cargo: Nutricionista? Sim [] Não [] NA []

RT: possui outros vínculos de trabalho

Sim [] Não []

Local |

PF entrevistada possui outros vínculos de trabalho?

Sim [] Não [] NA []

Local |

2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO LOCAL VISITADO

Razão Social

CNPJ

Unidade Visitada

PJ Nº: _____

Hospital / Clínica

Público []

Privado []

Consultório/Ambulatório

Público []

Privado []

Natureza

Filantrópico [] Cooperativas [] Associações [] Particular em sentido estrito []
Convênios [] Outros [] _____

3. PERFIL DO ATENDIMENTO DO (S) NUTRICIONISTA (S)
--

3.1. Dias de atendimento/horário	
----------------------------------	--

3.2. Nº Médio de atendimentos / dia turno	
---	--

3.3. Tempo médio para a primeira consulta	
---	--

3.4. Tempo médio para atendimento do retorno	
--	--

3.5. Clientela atendida pelo profissional	Criança [] Adolescente [] Gestante [] Adulto [] Idoso [] Outros [] _____
---	---

3.6. Reuniões em grupo	Frequência: semanal [] mensal [] trimestral [] Outros [] Tempo médio de reunião: _____ Número de Participantes: _____
------------------------	---

3.7. Outros: _____

4. FUNCIONAMENTO DA UNIDADE CLÍNICA
--

Horário de funcionamento	2ª à 6ª feira	Sábado/Domingo
--------------------------	---------------	----------------

5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO (A) NUTRICIONISTA
--

INDICADORES QUALITATIVOS		*	PM	MP	NÃO
5.1.	Elabora o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos.				
5.2.	Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional.				
5.3.	Registra em prontuário a prescrição dietética e a evolução nutricional.				
5.4.	Promove educação alimentar e nutricional.				

*PM – padrão mínimo MP – Meta-padrão Não – não atinge padrão mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS		*	SIM	NÃO	ÀS VEZES	* NA
5.5.	Encaminha aos profissionais habilitados os clientes/pacientes quando identificar que as atividades demandadas fogem às suas atribuições técnicas.					
5.6.	Estabelece receituário individualizado de prescrição dietética, para distribuição ao cliente/paciente.					

*NA – NÃO SE APLICA

6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO (A) NUTRICIONISTA

INDICADORES QUANTITATIVO		*	SIM	NÃO	ÀS VEZES	* NA
6.1.	Solicita exames laboratoriais necessários a avaliação nutricional.					
6.2.	Prescreve suplementos nutricionais e alimentos para fins especiais.					
6.3.	Realiza estudos e pesquisas em sua área de atuação.					
6.4.	Acompanha e orienta estagiários de nutrição.					

*NA – NÃO SE APLICA

7. TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	
7.1. Titulação	7.2. Atualização Técnica – Últimos 5 anos
Especialização [] Alimentação Coletiva [] Nutrição Clínica [] Saúde Coletiva [] Nutrição em esportes [] Outras []	Textos / livros / artigos [] Cursos / congressos [] Grupos de estudos [] Pesquisa na Internet [] Outros (especificar) []
Mestrado [] 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.	Equipamentos para avaliação nutricional			Bioimpedância [] Estadiômetro [] Balança [] Fita métrica [] Adipômetro [] Outros []
9.3.	Orientações nutricionais complementares			
9.4.	Material técnico para educação nutricional			
9.5.	Outros			

10. DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA	
<input type="checkbox"/> Protocolo técnico ou registro no prontuário do diagnóstico nutricional (5.1)	
<input type="checkbox"/> Plano alimentar individualizado e lista de substituição (5.2)	
<input type="checkbox"/> Prontuário contendo registro da prescrição dietética e a evolução nutricional (5.3)	
<input type="checkbox"/> Programa de educação alimentar (5.4)	

11. ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO (A) NUTRICIONISTA	
Atividades Obrigatórias []	
<input type="checkbox"/> Protocolo de atendimento nutricional	
<input type="checkbox"/> Outras []	

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-3 e outros Órgãos de Fiscalização.
A legislação do Sistema CFN/CRNs está disponível nos sites do CFN: www.cfn.org.br e CRN-3: 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.

12.	OBSERVAÇÕES
-----	-------------

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

Nome	
------	--

Cargo	
-------	--

Assinatura	
------------	--

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

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