



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

NUTRIÇÃO CLÍNICA
BANCO DE LEITE HUMANO

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

Estabelecimento: [] Público

[] Privado

PJ Nº.: _____

3. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

3.1.	Áreas de Especialidade	Nº de Usuários	Nº de Leitos Ativados
	Pediatria []		
	UTI (Neo-natal) []		
	Maternidade ()		
	Outros []		
	Total Geral		

4. FUNCIONAMENTO

Horário de funcionamento	2ª a 6ª feira		Sábado/Domingo	
Nutricionistas nos plantões:	Diurno	Sim []	Não []	
	Noturno	Sim []	Não []	
São realizados plantões:	à distância/sobreaviso []		no local []	Horário []

5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA EM BANCO DE LEITE HUMANO
--

INDICADORES QUALITATIVOS		PM	MP	NAO
*				
5.1.	Elabora o Manual de Boas Práticas do Serviço, supervisionando sua execução.			
5.2.	Presta atendimento nutricional às mães de recém-nascidos internados e que estejam necessitando de leite humano.			
5.3.	Orienta as doadoras do Banco de Leite Humano, quanto a ordenha, manipulação, armazenamento e conservação do leite humano.			
5.4.	Supervisiona as etapas do processamento, pasteurização, controle microbiológico e outras que envolvam a manipulação, garantindo a qualidade higiênico-sanitária do leite humano, desde a coleta até a distribuição.			

PM – Padrão Mínimo MP – Meta Padrão Não – Não Atinge Padrão Mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÁS VEZES	*NA
5.5.	Orienta as usuárias do Banco de Leite Humano, quanto à ordenha, manipulação, armazenamento e conservação do leite humano.				
5.6.	Orienta quanto à manutenção e estímulo da lactação, as mães afastadas dos filhos por internação destes ou àquela que apresentem dificuldade na amamentação.				
5.7.	Planeja e/ou executa programas de treinamento e educação continuada para colaboradores.				
5.8.	Participa da promoção de campanhas de incentivo à doação de leite humano, destacando a importância da amamentação e divulgando as atividades do Banco de Leite Humano.				

*NA – Não se Aplica

6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES / OUTRAS DO(A) NUTRICIONISTA - CLÍNICA		SIM	NAO	ÁS VEZES	*NA
6.1.	Interage com as equipes multiprofissionais responsável pela atenção prestada ao binômio mãe/lactente.				
6.2.	Realiza estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.				
6.3.	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 [] Outros (especificar) []	
7.3. Tempo de exercício profissional:	

8.	ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA , SE HOVER

9.	RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
9.1.	Programas de Informática			Específico [] Outro []
9.3.	Procedimentos Operacionais Padronizados - POP			Padrão [] Personalizado []
9.4.	Outros			

10.	PROCEDIMENTOS DE CONTROLE DE QUALIDADE	SIM	NÃO	PERIODICIDADE
10.1.	Relatórios técnicos / não conformidade			
10.2.	Controle de temperatura - impresso			
10.3.	Coleta de amostra das preparações			
10.4.	Avaliação qualitativa junto aos clientes			
10.5.	Laudo de potabilidade da água			
10.6.	Higienização da caixa d'água			
10.7.	Controle Integrado de Pragas			
10.8.	Solicitação de exames periódicos dos colaboradores			
10.9.	Colaboradores uniformizados			
10.10.	Desinfecção de materiais			
10.11.	Lavatórios e produtos de assepsia para manipuladores			
10.12.	Observação:			

11.	CONDIÇÕES DA ÁREA FÍSICA	SIM	NÃO
11.1.	Layout apropriado		
11.2.	Pisos, paredes e tetos adequados, conservados e higienizados		
11.3.	Portas e janelas adequadas, conservadas e higienizadas		
11.4.	Equipamentos conservados e higienizados		
11.5.	Utensílios adequados, conservados e higienizados		
11.6.	Instalações sanitárias adequadas, conservadas e higienizadas		
11.7.	Ventilação e exaustão adequadas, conservados		
11.8.	Sistema de esgotamento adequado, conservado		
11.9.	Sistema de iluminação adequado, conservado		
11.10.	Sistema de coleta de resíduos adequado		
11.11.	Observação:		

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

- [] Manual de Boas Práticas do serviço (5.1)
- [] Ficha de acompanhamento individual às mães/ usuárias (5.2)
- [] Prontuário do RN contendo registro do atendimento realizado (5.2)
- [] Material de orientação as doadoras (5.3)
- [] Programação de orientação contínua às doadoras (5.3)
- [] Planilhas ou livro ata com registro das etapas de processamento do leite (5.4)

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

Atividades Obrigatórias []

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protocolo de atendimento nutricional materno | <input type="checkbox"/> POP |
| <input type="checkbox"/> Relatório Técnico | <input type="checkbox"/> Programa de capacitação de colaboradores |
| <input type="checkbox"/> Coleta de amostras | |
| <input type="checkbox"/> Outras | |

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-4 e outros Órgãos de Fiscalização.

A legislação do Sistema CFN/CRN está disponível nos sites do CFN: www.cfn.org.br e CRN-4: www.crn4.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.

14.	OBSERVAÇÕES
------------	--------------------

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)

Nome	
Cargo	
Assinatura	

NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)

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