

			SIM	NÃO
2.8	N	São realizados treinamentos dos funcionários?		
2.8.1	N	Existem registros?		
2.9	N	As atribuições e responsabilidades estão formalmente descritas e são entendidas pelos envolvidos?		
2.10	N	Os funcionários são submetidos a exames médicos periódicos?		
2.10.1	INF	Qual a periodicidade?		
			SIM	NÃO
2.10.2	N	Existem registros?		
2.11	I	Há ausência de enfermidades ou feridas expostas?		
2.12	N	Os funcionários estão com uniformes fechados, sapato fechado e gorro que proteja todo o cabelo?		
2.12.1	N	Os uniformes estão rigorosamente limpos e em boas condições de conservação?		
2.13	R	As instalações elétricas estão em bom estado de conservação, segurança e uso?		
2.14	R	Existem equipamentos de segurança para combater incêndios?		
2.14.1	R	Os extintores estão dentro do prazo de validade?		
2.14.2	R	O acesso aos extintores e mangueiras está livre?		
2.15		Observações:		
			SIM	NÃO
<b>3. RECEBIMENTO DA PRESCRIÇÃO DIETÉTICA</b>				
3.1	I	A preparação da NE é feita somente sob prescrição dietética?		
3.1.1	INF	Quais os mecanismos de recebimento das prescrições?		
			SIM	NÃO
3.2	I	Existe um sistema de Registro Geral das prescrições médicas?		
3.2.1	I	Todas as prescrições estão devidamente registradas?		
3.3		Observações		
			SIM	NÃO
<b>4. ARMAZENAMENTO</b>				
4.1	R	A área de armazenamento tem capacidade suficiente para assegurar a estocagem ordenada e racional das diversas categorias de materiais?		
4.2	N	A área oferece condições de temperatura adequada para o armazenamento de materiais?		
4.2.1	N	Existe controle de temperatura e umidade?		
4.2.2	R	Existem registros?		
4.3	R	O piso é liso, resistente e de fácil limpeza?		
4.3.1	R	O estado de higiene e conservação do piso é bom, sem buracos e rachaduras?		
4.4	R	As paredes estão bem conservadas?		
4.5	R	O teto está em boas condições?		
4.6	R	O setor está limpo?		
4.7	R	A ventilação é suficiente e adequada?		
4.8	R	A iluminação do local é suficiente (sem reflexos fortes, ofuscamento, sombras) e as luminárias estão limpas e com proteção?		
4.9	INF	Há necessidade de câmara frigorífica e/ou geladeira?		
4.9.1	R	A câmara frigorífica e/ou geladeira é mantida limpa, sem acúmulo de gelo?		
4.9.2	N	Existe controle e registro de temperatura?		
4.9.3	INF	Qual a frequência?		
			SIM	NÃO
4.10	R	Os materiais estão armazenados afastados do piso e paredes, facilitando a limpeza?		
4.11	N	Existe local segregado para estocagem dos materiais reprovados, recolhidos para posterior devolução ou inutilização?		
4.11.1	N	Os materiais reprovados na inspeção de recebimento são rejeitados e devolvidos?		
4.11.2	N	Os materiais reprovados na inspeção de recebimento são rejeitados e inutilizados?		
4.11.3	N	Existem registros?		
4.12	R	Existem recipientes com tampa para lixo?		
4.12.1	R	Estão devidamente identificados?		
4.13	N	A procedência dos materiais provem de fornecedores que atendem os critérios de qualidade?		
4.13.1	N	Os materiais são inspecionados quando do seu recebimento?		
4.13.2	N	Os materiais estão devidamente identificados?		
4.13.3	I	Os materiais estão dentro do prazo de validade?		
4.14	I	Os materiais são acompanhados dos respectivos laudos de análises dos fornecedores, devidamente assinados pelos seus responsáveis?		
4.15	R	O uso dos materiais obedecem a ordem PEPS (primeiro a entrar, primeiro a sair)?		
4.16	R	O nutricionista e/ou o farmacêutico participa(m) do processo de padronização de materiais de embalagem?		
4.17	R	O nutricionista e/ou o farmacêutico participa do processo de licitação e aquisição de materiais?		
4.18	R	Existem procedimentos operacionais escritos para as atividades do setor?		
4.18.1	R	Existem registros?		
4.19		Observações:		
			SIM	NÃO
<b>5. ÁGUA</b>				
5.1	N	A instalação de água potável é construída de material que facilite a limpeza e evite infiltrações?		

			SIM	NÃO
5.2	N	É procedida limpeza do reservatório de água potável?		
5.2.1	INF	Qual a periodicidade?		
			SIM	NÃO
5.2.2	R	Existem procedimentos escritos para limpeza do reservatório de água potável?		
5.2.3	N	Existem registros das limpezas efetuadas?		
5.3	N	São realizados controles bacteriológicos da água potável?		
5.3.1	INF	Qual a periodicidade?		
			SIM	NÃO
5.3.2	N	Existem registros?		
5.4		Observações:		
			SIM	NÃO
<b>6. PREPARAÇÃO</b>				
6.1	INF	As áreas destinadas à preparação da NE são adequadas e suficientes ao desenvolvimento das operações, dispondo de todos os equipamentos de forma organizada e racional?		
6.2	N	A circulação de pessoal nestas áreas é restrita?		
6.3	I	A área destinada à preparação da NE possui: <input type="checkbox"/> Área de limpeza e higienização de materiais <input type="checkbox"/> Vestiário (ante-sala) <input type="checkbox"/> Área de manipulação <input type="checkbox"/> Área de rotulagem		
			SIM	NÃO
6.4	N	As janelas e ou visores existentes nos diversos setores da área de preparação estão perfeitamente vedados?		
6.5		Observações:		
			SIM	NÃO
<b>7. LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO</b>				
7.1	N	Existe local próprio para limpeza e higienização de materiais?		
7.1.1	N	Está localizado anexo à área de manipulação?		
7.2	R	O piso é liso, resistente e de fácil limpeza?		
7.2.1	R	O estado de higiene e conservação do piso é bom, sem buracos e rachaduras?		
7.3	R	As paredes e o teto são de cor clara, lisas e estão em bom estado de conservação?		
7.4	N	A iluminação é suficiente (sem reflexos fortes, ofuscamento, sombras) e com luminárias limpas e protegidas?		
7.5	N	A ventilação é suficiente e adequada garantindo o conforto térmico?		
7.6	INF	Existem ralos?		
7.6.1	N	São sifonados?		
7.7	N	Dispõe de meios e equipamentos para limpeza prévia das embalagens dos materiais?		
7.8	N	Os produtos utilizados para assepsia dos materiais obedecem às especificações do Ministério da Saúde?		
7.9	R	Existem procedimentos escritos para higienização dos materiais?		
7.10	N	Os procedimentos de higienização garantem a assepsia e mantêm a qualidade dos materiais?		
7.11	N	Existe sistema de inspeção visual para revisão dos materiais?		
7.12	N	A transferência dos materiais para a área de manipulação da NE se realiza em condições de segurança, atendendo às especificações deste Regulamento Técnico?		
7.13	R	Existe recipiente para lixo?		
7.13.1	R	Os recipientes estão limpos e dotados de tampa?		
7.14		Observações:		
			SIM	NÃO
<b>8. VESTIÁRIO (ANTE-SALA)</b>				
8.1	INF	As áreas destinadas a vestiário são adequadas e suficientes para a troca dos uniformes?		
8.2	N	O piso é liso, resistente e de fácil limpeza?		
8.2.1	N	O estado de higiene e conservação do piso é bom, sem buracos e rachaduras?		
8.3	N	As paredes e o teto são de cor clara, lisas e estão em bom estado de conservação?		
8.4	N	A ventilação é suficiente e adequada?		
8.5	N	A iluminação é suficiente e adequada?		
8.6	R	Existem procedimentos escritos para a paramentação e higienização das mãos?		
8.7	INF	a. Equipamentos Existentes: <input type="checkbox"/> Pia e torneira <input type="checkbox"/> Sem pedal <input type="checkbox"/> Com pedal <input type="checkbox"/> Com alavanca para cotovelo <input type="checkbox"/> Com célula foto elétrica b. <input type="checkbox"/> DISPENSADORES PARA DEGERMANTES c. <input type="checkbox"/> TOALHAS DESCARTÁVEIS d. <input type="checkbox"/> SECADOR A AR e. <input type="checkbox"/> ARMÁRIOS PARA GUARDAR UNIFORMES LIMPOS/ESTERILIZADOS f. <input type="checkbox"/> CESTO PARA DESPEJO DE ROUPAS USADAS g. <input type="checkbox"/> OUTRO: ESPECIFICAR:		
8.8		Observações:		
			SIM	NÃO
<b>9. MANIPULAÇÃO E ACONDICIONAMENTO</b>				
9.1	INF	As condições da área são condizentes com o volume das operações realizadas por turno de trabalho?		
9.2	R	O piso é liso, resistente e de fácil limpeza?		
9.2.1	INF	Existem ralos?		
9.2.2	INF	São sifonados?		
9.2.3	R	O estado de higiene e conservação do piso é bom, sem buracos e rachaduras?		
9.3	R	As paredes e teto são de cor clara, lisas, impermeáveis e resistentes aos agentes sanitizantes e possuem ângulos abaulados?		

9.4	N	A iluminação é suficiente (sem reflexos fortes, ofuscamento, sombras) e com luminárias limpas e protegidas?		
9.5	N	A ventilação do local é suficiente e adequada garantindo o conforto térmico?		
9.6	INF	O local é utilizado para manipulação e/ou fracionamento de outras preparações?		
9.6.1	INF	Quais?		
9.7	I	O manipulador confere cuidadosamente a identificação do paciente e sua correspondência com a prescrição antes e após a sua manipulação?	SIM	NÃO
9.8	N	Existe programa de controle ambiental (ar, superfície e pessoas)?		
9.8.1	INF	Com que frequência é realizado este controle?		
9.8.2	N	Existem registros?	SIM	NÃO
9.9	N	Os manipuladores estão devidamente uniformizados?		
9.9.1	N	Os uniformes são confeccionados de tecido que não liberam partículas?		
9.9.2	INF	Qual a frequência de troca dos uniformes?		
9.9.3	N	Os funcionários apresentam-se com unhas aparadas, sem esmalte e adornos?	SIM	NÃO
9.10	N	Existem procedimentos escritos para garantir que a entrada dos materiais na sala de manipulação seja realizada de forma segura?		
9.11	N	Existem procedimentos escritos para a limpeza da área?		
9.11.1	N	Existem registros?		
9.12	I	Os recipientes utilizados para acondicionamento da NE atendem às especificações deste Regulamento?		
9.13	I	Os rótulos apresentam todas as informações exigidas por este Regulamento?		
9.14	N	Existem procedimentos escritos que garantam o acondicionamento da NE de maneira segura?		
9.15	N	O acondicionamento da NE já rotulada atende às especificações deste Regulamento?		
9.16	INF	São realizados controles para verificar se a NE foi preparada conforme prescrição?		
9.16.1	I	Quais os controles realizados?		
9.17		Observações:		
10. CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE			SIM	NÃO
10.1	N	Existem procedimentos operacionais escritos para conservação e transporte da NE?		
10.2	I	Existe refrigerador, exclusivo com termômetro para conservação da NE até o momento do seu transporte?		
10.2.1	N	Existem registros do controle sistemático da temperatura?		
10.3	I	As condições de acondicionamento para o transporte da NE estão validadas?		
10.3.1	N	Existem registros?		
10.4	I	Os recipientes utilizados para o transporte da NE garantem a manutenção da temperatura dentro da faixa pré estabelecida (2 a 8 °C)?		
10.5	I	A NE durante o transporte se mantém protegida das intempéries e da incidência direta da luz solar?		
10.6		Observações:		
11. GARANTIA DA QUALIDADE			SIM	NÃO
11.1	N	A UND da UH ou EPBS possui um sistema de Garantia da Qualidade implantado, com base nas diretrizes das BPPNE?		
11.2	N	Os procedimentos operacionais para todas as operações críticas da preparação e de controle de qualidade da NE estão padronizados?		
11.3	N	São realizadas auditorias internas?		
11.3.1	INF	Com que frequência?		
11.3.2	N	Existem registros?	SIM	NÃO
11.4	N	Existe um programa de treinamento para todos os funcionários?		
11.4.1	N	Existem registros?		
11.5	N	Os pontos críticos do processo são periodicamente validados?		
11.5.1	N	Existem registros?		
11.6	N	A documentação referente à preparação da NE são arquivadas ordenadamente durante 5 anos?		
11.7	N	A documentação existente possibilita o rastreamento para investigação de qualquer suspeita de desvio de qualidade da NE?		
11.8	N	Existem registros de reclamações referentes a desvios de qualidade da NE?		
11.8.1	N	Existem registros das investigações bem como das ações corretivas?		
11.8.2	INF	As conclusões das investigações são transmitidas por escrito ao reclamante?		
11.9		Observações:		
12. CONTROLE DE QUALIDADE			SIM	NÃO
12.1	INF	Existe laboratório de Controle de Qualidade no estabelecimento?		
12.2	INF	A empresa realiza ensaios específicos com terceiros?		
12.2.1	INF	Quais?		
12.2.2	INF	Com quem?		
12.2.3	N	Existem registros?	SIM	NÃO

12.3	N	O Controle de Qualidade possui pessoal técnico qualificado para exercer a função?		
12.4	N	Existem procedimentos operacionais escritos para o setor?		
12.5	N	O Controle de Qualidade está equipado com aparelhos adequados para executar as análises necessárias.		
12.6	N	Existe programa de limpeza e manutenção periódica de equipamentos e aparelhos?		
12.7	N	Existem especificações escritas para a aquisição dos insumos e materiais de embalagem?		
12.7.1	N	A especificação exige o fornecimento do certificado de análise dos insumos e materiais de embalagem?		
12.8	N	O controle de Qualidade monitora o cumprimento dos procedimentos de limpeza, higienização e sanitização da preparação da NE?		
12.9	N	São realizadas análises nas NEs preparadas?		
12.10	INF	Qual a metodologia adotada?	SIM	NÃO
12.10.1	N	Existem registros?		
12.11	N	Amostras de contra-prova de cada NE manipulada são conservadas sob refrigeração à temperatura de até 4° C por 72 horas após o seu prazo de validade?		
12.11.1	R	Existem procedimentos operacionais escritos?		
12.12		Observações:		
13. CONCLUSÃO				
14. NOME, Nº DE CREDENCIAL E ASSINATURA DOS INSPETORES				
15. DATA				

C ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA ATIVIDADES DE ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

1 - IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DAS ATIVIDADES DE ADMINISTRAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL

( ) HOSPITAL

Sector	UTI	Clínica Cirúrgica	Pediatria	Clínica Médica
n.º de leitos				
n.º de enfermeiros				
n.º de técnicos de enfermagem				
n.º de auxiliares de enfermagem				

( ) AMBULATÓRIO

( ) RESIDÊNCIA

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL TÉCNICO

COREN/ Nº \_\_\_\_\_  PRESENTE  AUSENTE

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

			SIM	NÃO
2.1	I	A NE é administrada sob a responsabilidade do Enfermeiro?		
2.2	INF	Se não é administrada por Enfermeiro, indique quem administra:		
2.3	I	Tem Enfermeiro de plantão quando da administração da NE?		
2.3.1	INF	Em período: <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL		
2.4	I	Existe disponibilidade do Enfermeiro Responsável pelo atendimento ao paciente em NE domiciliar?	SIM	NÃO
2.4.1	INF	De que forma? <input type="checkbox"/> VISITAS <input type="checkbox"/> TELEFONE <input type="checkbox"/> BIP		
2.5	N	O Enfermeiro participa do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais para a administração e controle da NE?	SIM	NÃO
2.6	N	Há treinamento inicial e contínuo voltado para a administração da NE e utilização de bombas infusoras?		
2.6.1	INF	Qual a periodicidade do treinamento?		
2.6.2	R	O treinamento segue uma programação preestabelecida?	SIM	NÃO
2.6.3	R	Há registros do treinamento?		
2.7	N	Existe manual de procedimentos para a administração da NE atualizado?		
2.7.1	N	O manual de procedimentos está disponível para consulta imediata por todos os funcionários?		
2.8	N	Na admissão dos funcionários são realizados exames médicos e laboratoriais?		
2.8.1	INF	Esses exames são repetidos com que periodicidade?		
2.8.2	N	Existem registros desses exames?	SIM	NÃO
2.9	N	Os funcionários estão uniformizados?		
2.9.1	N	Os uniformes estão limpos e em boas condições?		
2.10	INF	Há lavatórios em número suficiente?		
2.10.1	N	Existe sabão, papel toalha ou aparelho de ar para secagem das mãos disponíveis e em quantidade suficiente?		
2.10.2	R	Existe folheto ilustrativo ou recomendação para lavagem das mãos próximo às pias?		

2.11	N	Os funcionários usam jóias ou relógio?		
2.12	N	Os funcionários usam gorro e máscara no manuseio da NE?		
2.13	R	São utilizadas bombas de infusão na administração da NE?		
2.13.1	R	As bombas de infusão são adequadas à administração da NE?		
2.13.2	N	Existe procedimento escrito de limpeza e desinfecção das bombas de infusão?		
2.13.3	N	Há registros dessas operações?		
2.13.4	N	As bombas de infusão apresentam etiqueta indicando as datas da última e da próxima calibração?		
2.13.5	R	Existe um programa por escrito de manutenção das bombas de infusão de forma: <input type="checkbox"/> PREVENTIVA <input type="checkbox"/> CORRETIVA	SIM	NÃO
2.13.6	N	As bombas de infusão são submetidas à manutenção periódica?		
2.13.7	INF	Quem realiza a manutenção das bombas de infusão? <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> FORNECEDOR <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADO	SIM	NÃO
2.13.8	N	Há registros da manutenção?		
2.13.9	N	Existem procedimentos escritos da operacionalização das bombas de infusão?		
2.13.10	R	Há fornecimento constante e em número suficiente de equipamentos adequados para as bombas de infusão?		
2.14	R	É realizada orientação ao paciente, família ou responsável legal?		
2.14.1	INF	A orientação é realizada de forma: <input type="checkbox"/> VERBAL ? <input type="checkbox"/> ESCRITA		
2.15	INF	Local de realização do acesso do trato gastrointestinal? <input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> OUTRO. QUAL? _____	SIM	NÃO
2.16	I	Existe material de reanimação para caso de emergência?		
2.16.1	N	O material encontra-se em local de fácil acesso?		
2.16.2	I	O material está limpo e em condições de uso?		
2.17	R	A unidade de radiologia é de fácil acesso?		
2.18	R	Existe horário estabelecido para a entrega das prescrições na UND?		
2.19	I	Quando do recebimento da NE da UND, são observados: <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA EMBALAGEM <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE PARTÍCULAS ESTRANHAS À NE <input type="checkbox"/> NOME DO PACIENTE/Nº DO LEITO <input type="checkbox"/> COMPOSIÇÃO E VOLUME TOTAL DA NE <input type="checkbox"/> PRAZO DE VALIDADE DA NE <input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS <input type="checkbox"/> OUTRO. QUAL? _____		
2.19.1	INF	Quando observada qualquer anormalidade, no recebimento da NE, qual o procedimento adotado?	SIM	NÃO
2.20	I	Quando não usada imediatamente, a NE é conservada em geladeira exclusiva para medicamentos?		
2.20.1	I	Existe controle e registro sistemático de temperatura da geladeira?		
2.20.2	N	A geladeira encontra-se limpa, sem acúmulo de gelo e em boas condições de conservação?		
2.20.3	R	Existe procedimento escrito de limpeza e desinfecção da geladeira?		
2.21	N	O local de manuseio da NE está em boas condições de conservação, organização e limpeza?		
2.21.1	N	Há procedimento escrito para limpeza e desinfecção da área e do local de manuseio da NE?		
2.22	I	Quando da administração da NE, são observados: <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA EMBALAGEM <input type="checkbox"/> PRESENÇA DE PARTÍCULAS ESTRANHAS À NE <input type="checkbox"/> NOME DO PACIENTE/Nº DO LEITO <input type="checkbox"/> COMPOSIÇÃO E VOLUME TOTAL DA NE <input type="checkbox"/> PRAZO DE VALIDADE DA NE <input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS <input type="checkbox"/> OUTRO. QUAL? _____	SIM	NÃO
2.23	N	A NE está protegida da incidência direta de luz?		
2.24	N	A NE é protegida das fontes geradoras de calor durante a sua administração?		
2.25	N	A via de acesso é exclusiva para administração da NE?		
2.25.1	INF	Em casos excepcionais, a autorização para utilização da via de acesso da NE é: <input type="checkbox"/> VERBAL <input type="checkbox"/> ESCRITA	SIM	NÃO
2.26	I	A NE é administrada diretamente do seu recipiente de origem?		
2.27	I	É realizada desinfecção nas conexões da sonda na troca do equipo?		
2.28	INF	A desinfecção é realizada com que solução?	SIM	NÃO
2.29	N	Há registros de todo o processo de administração da NE?		
2.30	I	É realizado o controle clínico e laboratorial no paciente em NE?		
2.30.1	INF	Quais? <input type="checkbox"/> Peso <input type="checkbox"/> Sinais vitais <input type="checkbox"/> Pressão arterial <input type="checkbox"/> Glicemia capilar <input type="checkbox"/> Glicosúria <input type="checkbox"/> Balanço hídrico	SIM	NÃO
2.31	N	Os exames clínicos e laboratoriais são realizados em tempo hábil?		
2.32	N	Há registros de todo o processo de administração da NE?		

2.32.1	INF	Quais os impressos utilizados? <input type="checkbox"/> Ficha de Evolução de Enfermagem <input type="checkbox"/> Livro de Relatório de Enfermagem <input type="checkbox"/> Ficha de Balanço Hídrico <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	SIM	NÃO
2.33	I	Há registros dos exames clínicos e laboratoriais?		
2.34	N	É realizada avaliação do paciente antes da interrupção/suspensão da TN?		
2.35	N	Há registros da avaliação realizada?		

3. PESSOAS CONTACTADAS:

4. OBSERVAÇÕES:

5. CONCLUSÕES:

6. NOME, Nº DE CREDENCIAL E ASSINATURA DOS INSPETORES:

7. DATA:

ANEXO V

INFORME CADASTRAL DE UH OU EPBS PARA A PRÁTICA DA TN

A - IDENTIFICAÇÃO DA UH/EPBS

A1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

a. RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

b. C.G.C.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOME FANTASIA: \_\_\_\_\_

d. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

FONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E.MAIL: \_\_\_\_\_

e. TIPO DE EMPRESA  
UNIDADE HOSPITALAR (UH) \_\_\_\_\_ EMPRESA PRESTADORA DE BENS E SERVIÇOS (EPBS)

A2	ATIVIDADES DA UH/EPBS																																																
1.	Preparação de NE																																																
1.1.	<input type="checkbox"/> Sistemática <input type="checkbox"/> Eventual																																																
1.2.	Se eventual, descreva a alternativa de atuação.																																																
1.4	Obs. Fica desobrigado o preenchimento dos demais itens <input type="checkbox"/> Indicação <input type="checkbox"/> Prescrição <input type="checkbox"/> Administração <input type="checkbox"/> Controle clínico laboratorial <input type="checkbox"/> Avaliação final?																																																
2.	A EMTN foi constituída por ato formal em ____ de ____ de ____, segundo o documento (xerox anexo)																																																
3.	A composição da EMTN compreende:																																																
	<table border="1"> <thead> <tr><th>Membros</th><th>Nome</th><th>RG</th><th>CIC</th><th>Nº. Insc.</th><th>Conselho</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Coordenador Clínico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Coordenador Técnico Adm.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Médico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nutricionista</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfermeiro</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Farmacêutico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Outros, especificar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Membros	Nome	RG	CIC	Nº. Insc.	Conselho	Coordenador Clínico						Coordenador Técnico Adm.						Médico						Nutricionista						Enfermeiro						Farmacêutico						Outros, especificar					
Membros	Nome	RG	CIC	Nº. Insc.	Conselho																																												
Coordenador Clínico																																																	
Coordenador Técnico Adm.																																																	
Médico																																																	
Nutricionista																																																	
Enfermeiro																																																	
Farmacêutico																																																	
Outros, especificar																																																	
4.	Os membros da EMTN possuem os seguintes títulos de especialista ou de habilitação devidamente documentados e registrados em conselhos ou associações de classe:																																																
4.1.	<table border="1"> <thead> <tr><th>MEMBROS</th><th>NÃO</th><th>TÍTULO ESPECIALISTA (ano) ou HABILITAÇÃO (ano)</th><th>Expedido por Sociedade:</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Coord Tec Administrativo</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Coord clínico.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Médico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Nutricionista</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfermeiro</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Farmacêutico</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	MEMBROS	NÃO	TÍTULO ESPECIALISTA (ano) ou HABILITAÇÃO (ano)	Expedido por Sociedade:	Coord Tec Administrativo				Coord clínico.				Médico				Nutricionista				Enfermeiro				Farmacêutico																							
MEMBROS	NÃO	TÍTULO ESPECIALISTA (ano) ou HABILITAÇÃO (ano)	Expedido por Sociedade:																																														
Coord Tec Administrativo																																																	
Coord clínico.																																																	
Médico																																																	
Nutricionista																																																	
Enfermeiro																																																	
Farmacêutico																																																	

4.2	MEMBROS	MESTRADO (ano) DOUTORADO (ano)	LIVRE DOCÊNCIA ANO	
	Coord.Tec.Adm- nistrativo			
	Coord.Clfnico Médico			
	Nutricionista			
	Enfermeiro			
	Farmacêutico			
5.	A EMTN possui protocolos para os procedimentos profissionais de:		SIM	NÃO
	Médico?			
	Nutricionista?			
	Enfermagem?			
	Farmácia?			
6.	Formação profissional na área de TN dos componentes da EMTN, comprovadas por documentos apresentados			
	Membros	Residência	Estágios	Cursos
	Coord. Clínico			
	Coord. Tec			
	Adm			
	Médico			
	Nutricionista			
	Enfermeiro			
	Farmacêutico			
				SIM
				NÃO
7	A EMTN dispõe de programa de Educação Continuada para os demais profissionais da UH/E-PBS?			
8	A EMTN dispõe comprovadamente de			
8.1	Indicadores de qualidade para a TN?			
8.2	Protocolos de avaliação, indicação, prescrição e acompanhamento?			
8.3	Programas de educação continuada para os profissionais envolvidos na TN?			
8.4	Metodologia para investigar e registrar desvios de qualidade ?			
8.5	A EMTN está preparada para assegurar sua atualização técnico-científica			
9.	Existe protocolo estabelecido para realização de acesso enteral?			
10.	Existem formulários para registros da :			
10.1	Avaliação nutricional dos pacientes em TN?			
10.2	Evolução médica diária dos pacientes submetidos à TN?			
10.3	Re-afirmação de exames complementares para o acompanhamento da TN?			
11	Conclusão:			
	A empresa _____ (nao) _____ esta cadastrada e em condições de desempenhar atividades de _____ UND _____ EMTN em terapia nutricional			
12	Local e Data.			
13	Nome e Número de Credencial/Assinatura dos Inspectores:			