



nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital express
Questionário
FOLHA DA UNIDADE



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

1. Número de leitos no hospital

2. Número de pacientes internados durante a refeição principal

3. Número total de leitos da Unidade

4a. Especialidade principal (escolha apenas uma)

Medicina Interna

- Geral
- Cardiologia
- Gastroenterologia e Hepatologia
- Geriatria
- Doenças Infecciosas
- Nefrologia
- Oncologia Incluindo Radioterapia

Cirurgia

- Geral
- Cardíaca/Vascular/Torácica
- Neurocirurgia
- Ortopedia
- Traumatologia
- Urologia
- Bariátrica

Otorrinolaringologia

- Otorrinolaringologia
- Ginecologia
- Neurologia
- Psiquiatria
- Pediatria
- Interdisciplinar
- Doentes crônicos
- Cuidados hospitalares domiciliares
- Outros

4b. Apenas para unidades cirúrgicas

- a) Você aplica o ERAS?* Sim Não Eu não sei
- b) Você possui um protocolo ERAS?
- c) Você tem uma equipe ERAS?
- d) Você audita seus resultados ou práticas ERAS?

5. Número de cada tipo de profissional no turno da manhã de hoje (excluindo pessoal da limpeza e pessoal temporário do nDay)

Médicos

Enfermeiras

<input type="text"/>
<input type="text"/>

6. Existe uma nutricionista ou auxiliar de nutrição disponível para a sua unidade? Sim Não Eu não sei

7. Qual o principal método usado para rastreamento nutricional nos pacientes? (escolha apenas uma resposta por coluna)

Na admissão

- Nenhum critério fixo
- Sem critério fixo
- Apenas experiência / avaliação visual
- Apenas peso / IMC
- Nutritional Risk Screening (NRS 2002)
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- Malnutrition Screening Tool (MST)
- SNAQ
- Outra ferramenta validada

Durante a estadia hospitalar

- Sem monitorização de rotina
- Sem critério fixo
- Apenas experiência / avaliação visual
- Apenas peso / IMC
- Outra ferramenta validada

8. Quando os pacientes são pesados de rotina? (assinalar todos os que se aplicam)

- Na admissão
- Nas 1^{as} 24 horas
- Nas 1^{as} 48 horas
- Nas 1^{as} 72 horas
- Uma vez por semana
- Ocasionalmente
- Quando solicitado
- No momento de alta
- Nunca

9. O que você faz para garantir uma ingestão alimentar adequada? (assinalar todos os que se aplicam)

- Fornece refeições adicionais ou lanche entre as refeições
- Fornece escolha de refeições
- Modifica o tamanho das porções conforme necessário
- Considera a apresentação dos alimentos
- Modifica a consistência ou textura dos alimentos conforme necessário
- Considera os problemas do paciente para se alimentar e ingerir líquidos
- Garante que os horários das refeições não serão perturbados/política de proteção dos horários das refeições
- Promove um ambiente positivo para as refeições
- Considera as preferencias culturais e religiosas
- Considera as intolerância e alergias do paciente
- Outro

MUITO OBRIGADA!
por participar do NutritionDay in Hospital.
www.nutritionDay.org

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CC BY-NC-ND



* ERAS = Enhanced Recovery After Surgery



nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital express
Questionário
SOBRE SEU PACIENTE



Data

Número do paciente

CONTINUE APENAS COM CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Data de internação

Ano de nascimento

Esta admissão hospitalar foi

- planejada
- uma emergência
- Eu não sei

Sexo Feminino Masculino Outros

peso (kg) kg estimada medida

altura cm estimada medida

1. Diagnóstico de admissão (assinalar todos os que se aplicam)

2. Diagnóstico principal (apenas um dos códigos acima)

3. Comorbidades (assinalar todos os que se aplicam)

(1) (2)	(3)
DIAGNÓSTICO CID-10	COMORBIDADES ESPECÍFICAS
Doenças do Sistema Nervoso <input type="checkbox"/> 0600	<input type="checkbox"/> Doença cerebral vascular
Transtornos Mentais <input type="checkbox"/> 0500	<input type="checkbox"/> Demência
Olho e anexos <input type="checkbox"/> 0700	<input type="checkbox"/> Transtorno depressivo maior
Ouvido e processo mastoide <input type="checkbox"/> 0800	<input type="checkbox"/> Doença mental crônica
Doenças do Aparelho Circulatório <input type="checkbox"/> 0900	<input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio
Doenças do Aparelho Respiratório <input type="checkbox"/> 1000	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais <input type="checkbox"/> 0400	<input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica
Doenças do Aparelho Digestivo <input type="checkbox"/> 1100	<input type="checkbox"/> Doença hepática crônica
Doenças do Aparelho Geniturinário <input type="checkbox"/> 1400	<input type="checkbox"/> Doença renal crônica
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo <input type="checkbox"/> 1300	<input type="checkbox"/> Doenças/problemas gastrointestinais
Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo <input type="checkbox"/> 1200	<input type="checkbox"/> Doença/problemas urológicos
Doenças Infecciosas e Parasitárias <input type="checkbox"/> 0100	<input type="checkbox"/> Doença músculo-esquelética
Neoplasias <input type="checkbox"/> 0200	<input type="checkbox"/> Artrite
Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e sistema imune <input type="checkbox"/> 0300	<input type="checkbox"/> Problemas de pele
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório <input type="checkbox"/> 1800	<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica
Causas externas de morbidade e de mortalidade <input type="checkbox"/> 2000	COMORBIDADES GERAIS
Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério <input type="checkbox"/> 1500	<input type="checkbox"/> Dor
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal <input type="checkbox"/> 1600	<input type="checkbox"/> Fadiga
Anomalias cromossômicas ou congênitas <input type="checkbox"/> 1700	<input type="checkbox"/> Infecção
Lesões, envenenamentos <input type="checkbox"/> 1900	<input type="checkbox"/> Diabetes
Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e contato com os serviços de saúde <input type="checkbox"/> 2100	<input type="checkbox"/> Hipertensão
Nenhuma das anteriores <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia
	<input type="checkbox"/> Doença endócrina
	<input type="checkbox"/> Câncer (ativo)
	<input type="checkbox"/> História do câncer
	<input type="checkbox"/> Outras doenças crônicas
	<input type="checkbox"/> OUTRAS COMORBIDADES
	<input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES

4. Este paciente é terminal? Sim Não Eu não sei

5. Este paciente estava identificado ou em risco nutricional?
 Desnutrido Sim, com risco Não Eu não sei

6. Ingestão nutricional (HOJE) (escolha uma resposta para cada)

Dieta regular do hospital	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Eu não sei
Dieta enriquecida ou fortificada do hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dieta especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplementos proteico/calóricos (ex: SNO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrição enteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrição parenteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Estado de hidratação Normal Sobrecarga Desidratado Eu não sei

MUITO OBRIGADA!
por participar do NutritionDay in Hospital.
www.nutritionDay.org

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CCBY-NC-ND





Data

Número do paciente

Caro paciente,

Gostaríamos de lhe pedir para preencher este questionário hoje, com o objetivo de melhorar os cuidados nutricionais desta unidade. Além destas informações, os profissionais da Unidade vão nos fornecer algumas informações básicas sobre seu diagnóstico e tratamento. Eles farão isto utilizando um outro questionário. A sua participação é voluntária, estando igualmente livre de desistir a qualquer momento, sem que por isso seja alterado o seu tratamento. Nenhum dado pessoal, como seu nome ou data de nascimento, será revelado. O processamento dos dados se dará de forma criptografada, garantindo o sigilo dos seus dados

Coordenadora da nutriDia Brasil:

Contacto pessoa

1a. Você perdeu peso nos últimos 3 meses?

- Sim, intencionalmente Não, meu peso permanece o mesmo Eu não sei
 Sim, sem intenção Não, eu aumentei de peso



1b. Se sim, quantos kg você perdeu?

 kg

- Eu não sei

2. Como estava se alimentando na última semana antes da sua internação hospitalar?

- Mais que normal Cerca de 3/4 do normal
 Normal Quase metade do normal
 Quase um quarto ou quase nada



3. Por favor, marque quanto você comeu da alimentação do hospital no almoço ou jantar HOJE:



quase tudo



1/2



1/4



Nada

4. Se você não comeu tudo da sua refeição, nos diga a razão: (assinalar todos os que se aplicam)

- Eu não gostei do tipo de comida oferecida Tenho problemas com mastigação/ deglutição
 Eu não gostei do cheiro da comida Normalmente como menos do que é servido
 Eu não gostei do sabor da comida Tive náuseas/vômitos
 A comida vai contra minhas preferencias culturais/religiosas Estava muito cansado
 A comida estava muito quente Não consigo comer sem ajuda
 A comida estava muito fria Não me permitiram comer
 Por causa de alergia/intolerância alimentar Tive que ir fazer um exame / cirurgia e perdi a refeição
 Eu não estava com fome aquela hora Não recebi a comida que eu pedi
 Não estou com meu apetite usual



5. Consegue andar sem ajuda HOJE?

- Sim Não, só com ajuda Não, estou acamado

6. HOJE eu me sinto...

- Mais forte do que quando me internei Eu me internei hoje
 Mais fraco do que quando me internei Eu não sei
 Da mesma maneira de quando me internei



7. No geral, você diria que a sua saúde é



Muito boa



Boa



Média



Fraca



Muito fraca



nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital Resultado do paciente 30 dias após o nutritionDay

Data
Código da Instituição
Código da Unidade

Diagnóstico de alta
(veja 1. abaixo)

Códigos adicionais da CID-10
Entre até 6 códigos, na mesma ordem dos seus registros

Evolução
(veja 2. abaixo)

Readmitido desde nd
(veja 3. abaixo)

Admitido na UTI
dentro de 30 dias após o nday

Reperado após nday
sob anestesia geral

Quantos dias após nday

Nome do paciente com data de nascimento ou etiqueta adesiva
Essas informações serão usadas somente pela Unidade.

Número do paciente	Data da alta dd.mm.aa	código ICD-10	Códigos adicionais da CID-10						código	código	dias
			1	2	3	4	5	6			
123456											

Essas informações devem ser inseridas no banco de dados do nutritionDay.

1. Use este código de diagnósticos ou CID-10

- 0100 Doenças Infecciosas e Parasitárias
- 0200 Neoplasias
- 0300 Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos
- 0400 Doenças das Glândulas Endócrinas/da Nutrição/do Metabolismo, Transtornos Imunitários
- 0500 Transtornos Mentais
- 0600 Doenças do Sistema Nervoso
- 0700 Olho e anexos
- 0800 Processo de ouvido e mastoide
- 0900 Doenças do Aparelho Circulatório
- 1000 Doenças do Aparelho Respiratório

- 1100 Doenças do Aparelho Digestivo
- 1200 Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo
- 1300 Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
- 1400 Doenças do Aparelho Geniturinário
- 1500 Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério
- 1600 Algumas Afeições Originadas no Período Perinatal
- 1700 Anomalias Congênitas
- 1800 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório
- 1900 Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas
- 2000 Causas externas de morbidade e mortalidade
- 2100 Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidade de contato com os serviços de saúde.

2. Código de evolução

- 1 Alta domiciliar
- 2 Transferido para outro hospital
- 3 Transferido para instituição de longa permanência
- 4 Reabilitação
- 5 Alta domiciliar
- 6 Falecimento
- 7 Outros

3. Código de readmissão (readmitido desde nutritionDay)

- 1 Não
- 2 Sim, planejada
- 3 Sim, não planejada
- 4 Sim, planejada em hospital diferente
- 5 Sim, não planejada em hospital diferente
- 6 Não sei



nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital Resultado do paciente 30 dias após o nutritionDay

Data

Código da Instituição

Código da Unidade

Nome do paciente com data de nascimento ou etiqueta adesiva

Essas informações serão usadas somente pela Unidade.

Evolução
(veja 2. abaixo)

Admissão desde nd
(veja 3. abaixo)

Admitido na UTI
dentro de 30 dias após o nday

Reperado após nday
sob anestesia geral

Quantos dias
após nday

Diagnóstico de alta
(veja 1. abaixo)

Códigos adicionais da CID-10
Entre até 6 códigos, na mesma ordem dos seus registros

Número do paciente	Data da alta	dd.mm.aa	código ICD-10	Códigos adicionais da CID-10						código	código	Admitido na UTI dentro de 30 dias após o nday	Reperado após nday sob anestesia geral	dias
				1	2	3	4	5	6					
123456				1	2	3					✓	✓		
				4	5	6								
				1	2	3								
				4	5	6								
				1	2	3								
				4	5	6								
				1	2	3								
				4	5	6								

Essas informações devem ser inseridas no banco de dados do nutritionDay.