



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

1. Número de leitos ocupados na UTI Atual Máximo

2. Tipo de UTI UTI clínica UTI cirúrgica UTI multidisciplinar
 UAC (Unidade de Alta Complexidade) Outro

3. Sua UTI dá alta regularmente para uma unidade de cuidados intermediários? Sim Não Eu não sei

4. Você tem uma clínica pós-UTI? Sim Não Eu não sei

5. Você tem um acompanhamento regular após a alta hospitalar? Sim Não Eu não sei

6. Pessoas trabalhando na sua unidade no nutriDia:

	Número total	Com horário completo
Intensivista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anestesiologista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Internista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pediatra	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cirurgião	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermeiras	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auxiliares de enfermagem	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nutricionista/auxiliar de nutricionista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fisioterapeuta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Farmacêutico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Outros	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Existe uma pessoa na sua unidade dedicada aos cuidados nutricionais? Sim Não Eu não sei

8. Existe uma Equipe de Terapia Nutricional no seu hospital? Sim Não Eu não sei

9a. Você tem procedimentos escritos para os cuidados nutricionais? Sim Não Eu não sei

9b. Se SIM, qual... Diretrizes nacionais Protocolo nutricional da UTI
 Recomendações internacionais Plano de cuidados individuais ao paciente

10. Como você avalia o estado físico e nutricional antes da admissão na UTI?

Peso/altura Avaliação clínica global Nível de mobilidade Nenhum
 Nível de fragilidade Parâmetros laboratoriais GLIM Outro

11. Quais parâmetros você avalia quanto ao estado físico e nutricional na UTI?

Força Ultrassom Massa muscular Massa muscular por TC BIA

12. Qual é a sua meta calórica no 7º dia de UTI? kcal/kg/dia Eu não sei

13. Qual é a sua meta de proteína no 7º dia de UTI? g/kg/dia Eu não sei

14. Como você avalia a meta calórica? Calorimetria indireta Meta baseada no peso Outro
 VCO2 Equação NA

15. Qual peso corporal você usa?

Peso atual Peso estimado Peso ideal Peso ajustado (diretrizes da ESPEN)



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

Número do paciente

Data de admissão na UTI

Data da admissão hospitalar

Idade (anos)

Sexo Feminino Masculino Outros

Altura cm estimado medido

Peso kg estimado medido
(se pós-operatório, usar peso pré-operatório)

INFORMAÇÕES DO PACIENTE ANTES DA ADMISSÃO NA UTI

1. Admitido na UTI vindo da

- Sala de cirurgia
- Sala de emergência
- Outra UTI
- Enfermaria normal
- Outra instituição
- Casa
- Outro
- Eu não sei

2. Mobilidade

- Mobilidade independente Acamado
- Mobilidade com ajuda NA

3. O paciente foi submetido a cirurgia?

- Cirurgia programada Nenhuma cirurgia
 - Cirurgia de emergência Eu não sei
- dias desde a cirurgia

NA ADMISSÃO NA UTI: [(4)&(6) assinalar todos os que se aplicam] / [(5) apenas um dos códigos acima]

Diagnóstico de admissão (4) (5) Diagnostico principal

DIAGNÓSTICO CID-10

- Doenças do Sistema Nervoso 0600
- Transtornos Mentais 0500
- Olho e anexos 0700
- Ouvido e processo mastoide 0800
- Doenças do Aparelho Circulatório 0900
- Doenças do Aparelho Respiratório 1000
- Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais 0400
- Doenças do Aparelho Digestivo 1100
- Doenças do Aparelho Geniturinário 1400
- Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo 1300
- Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo 1200
- Doenças Infecciosas e Parasitárias 0100
- Neoplasias 0200
- Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e sistema imune 0300
- Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório 1800
- Causas externas de morbidade e de mortalidade 2000
- Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério 1500
- Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal 1600
- Anomalias cromossômicas ou congênitas 1700
- Lesões, envenenamentos 1900
- Fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e contato com os serviços de saúde. 2100
- Nenhuma das anteriores

(6)

COMORBIDADES ESPECÍFICAS

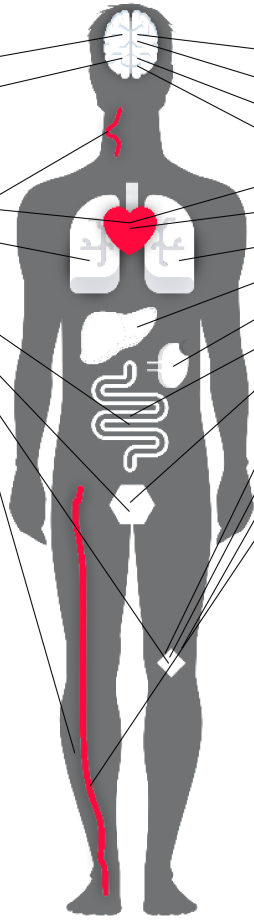
- Doença cerebral vascular
- Demência
- Transtorno depressivo maior
- Doença mental crônica
- Infarto do miocárdio
- Insuficiência cardíaca
- Doença pulmonar crônica
- Doença hepática crônica
- Doença renal crônica
- Doenças/problemas gastrointestinais
- Doença/problemas urológicos
- Doença músculo-esquelética
- Artrite
- Problemas de pele
- Doença vascular periférica

COMORBIDADES GERAIS

- Dor
- Fadiga
- Infecção
- Diabetes
- Hipertensão
- Hiperlipidemia
- Doença endócrina
- Câncer (ativo)
- História do câncer
- Outras doenças crônicas

OUTRAS COMORBIDADES

SEM COMORBIDADES





Data

Código da Instituição

Código da Unidade

Número do paciente

7. Principais razões para a dependência de UTI (na admissão da UTI)

- Abdominal Cardíaco Pulmonar Trauma
 Queimado Neurológico Sepses Outros
 Renal Metabólico Transplante

8. Escala de coma de GLASGOW (pontuação estimada como se o paciente não estivesse sedado)

Olhos	Verbal	Motor
<input type="radio"/> 1=Não abre os olhos	<input type="radio"/> 1=Nenhum	<input type="radio"/> 1=Não apresenta movimentos
<input type="radio"/> 2= Abertura ocular à dor	<input type="radio"/> 2=Nenhuma palavra, apenas sons	<input type="radio"/> 2=Extensão anormal ao estímulo doloroso
<input type="radio"/> 3= Abertura ocular ao estímulo verbal	<input type="radio"/> 3=Palavras, mas sem coerência	<input type="radio"/> 3=Flexão anormal ao estímulo doloroso
<input type="radio"/> 4=Abertura ocular espontânea	<input type="radio"/> 4=Conversa desorientada	<input type="radio"/> 4=Flexão ou retirada diante de estímulo doloroso
	<input type="radio"/> 5=Conversa normal	<input type="radio"/> 5=Localiza o estímulo doloroso
		<input type="radio"/> 6= Obedece comandos

ou forneça a pontuação total da Escala de Coma de Glasgow

9. VALORES LABORATORIAIS NO DIA DA ADMISSÃO NA UTI

Valor	Unidade	MIN	MAX	Valor	Unidade	MIN	MAX
pH				Leucocitos (WBC)	<input type="radio"/> 10 ³ /μL <input type="radio"/> G/L		
pCO2	mmHg			Plaquetas	<input type="radio"/> 10 ³ /μL <input type="radio"/> G/L		
PaO2	mmHg			Creatinina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		
FiO2				Uréia sérica	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Lactato	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L			ou Ureia no sangue (BUN)	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Glicose	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L			Sódio	<input type="radio"/> mmol/L		
Frequência cardíaca	bpm			Potássio	<input type="radio"/> mmol/L		
Pressão sistólica	mmHg			Fosfato	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Temperatura corporal	<input type="radio"/> °C <input type="radio"/> °F			Bilirrubina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		
Débito urinário	ml/24h						

10. Infecções nos últimos 10 dias

Pneumonia	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> NA
Trato urinário	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> NA
Cateter vascular	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> NA
Ferida	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> NA
Cultura de sangue positiva	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> NA



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

Número do paciente

1. Limitações de cuidados

Não DNR (Não ressuscitar) Cuidados limitados Cuidados terminais de conforto

2. Posição

Prona Supina

3. Sedação

Não Intermitente Contínuo

4. Sedação com propofol?

Não Sim ml/dia

5. Bloqueador neuromuscular

Nenhum Intermitente Contínuo

Controle da dor

Opióides Bloqueio regional da dor Outros sedativos Nenhum
 Epidural Alfa2-agonistas Outros analgésicos

RESPIRATÓRIO

7. Acesso respiratório

Traqueostoma Máscara de oxigênio
 Tubo endotraqueal Não
 Máscara/capacete de CPAP NA

8. Suporte de ventilação (mais de 8 horas)

Invasivo Insuflação de oxigênio
 Não invasivo Ar ambiente
 Oxigênio de alto fluxo NA

9. O paciente tem atividade respiratória espontânea?

Sim Não

10. Você realizou um teste de desmame da ventilação no paciente?

Sim Não

11. ECMO

Não Venovenosa Venoarterial

CIRCULAÇÃO

12. Terapia vasoativa (mais de 1 hora por dia)

Vasodilatador Vasopressor Inotrópicos Não

13. Dose de vasopressor

BD = Noradrenalina $<0,1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ AD = Noradrenalina $>0,1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$

14. Insulinoterapia

UI/dia Intermitente Contínuo Caneta Nenhum

RENAIS

15. Diuréticos

Nenhum Intermitente Contínuo

16. Terapia de substituição renal

Hemodiafiltração Hemodiálise Não
 Hemofiltração Diálise peritoneal

17. Fluidos intravenosos

Solução cristalóide (NaCl, lactato de Ringers, etc.) Solução de glicose

18. Antibioticoterapia

Sim Não Eu não sei



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

Número do paciente

MOBILIZAÇÃO HOJE

19. Nível de mobilização hoje

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Ciclismo no leito | <input type="checkbox"/> Sentado | <input type="checkbox"/> Não (permitido) |
| <input type="checkbox"/> Exercício de resistência | <input type="checkbox"/> Estimulação elétrica muscular | <input type="checkbox"/> Em pé | <input type="checkbox"/> Não (não permitido) |
| <input type="checkbox"/> Terapia respiratória | <input type="checkbox"/> Amplitude de movimento passiva | <input type="checkbox"/> Ambulação | |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapia | <input type="checkbox"/> Movimento ativo no leito | | |

20. Duração da sessão de mobilização min Eu não sei NA

21. Quem ajudou durante a mobilização?

- Enfermeiro/Auxiliar de enfermagem Fisioterapeuta Parentes Outro

22. Reação do paciente à sessão de mobilização

- Falta de ar Frequência respiratória mais alta Sudorese Outro
 Fadiga muscular Frequência cardíaca alta Sem reação NA

23. Força muscular MRC hoje: flexão do antebraço (média de ambos os lados)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 0= sem contração | <input type="radio"/> 3= movimento ativo contra a gravidade |
| <input type="radio"/> 1= contração de traço, mas sem movimento | <input type="radio"/> 4= movimento ativo contra a gravidade e resistência |
| <input type="radio"/> 2= movimento ativo com a gravidade eliminada | <input type="radio"/> 5= força normal |
| | <input type="radio"/> não pode ser avaliado |

24. VALORES DE LABORATÓRIO HOJE

Valor	Unidade	MIN	MAX
pCO2	mmHg		
PaO2	mmHg		
FiO2			
ScvO2	%		
Lactato	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Glicose	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Débito urinário	ml/24h		
Leucocitos (WBC)	<input type="radio"/> 10 ³ /μL <input type="radio"/> G/L		
Plaquetas	<input type="radio"/> 10 ³ /μL <input type="radio"/> G/L		
Creatinina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		
Uréia sérica ou Ureia no sangue (BUN)	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Potássio	<input type="radio"/> mmol/L		
Fosfato	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> mmol/L		
Bilirrubina	<input type="radio"/> mg/dl <input type="radio"/> μmol/L		

25. Delirium

- Não
 CAM-ICU positivo
 Suspeita de delirium (CAM-ICU não realizado)

26. RASS

- 4 Combativo
3 Muito agitado
2 Agitado
1 Inquieto
0 Alerta e calmo
-1 Sonolento
-2 Sedação leve
-3 Sedação moderada
-4 Sedação profunda
-5 Não despertável

Por favor, veja a folha de explicações para maiores informações

27. NEMS

- 1 Monitoramento básico
2 Medicação endovenosa
3 Suporte ventilatório mecânico
4 Cuidados ventilatórios suplementares
5 Medicação vasoativa única
6 Medicação vasoativa múltipla
7 Diálise / Hemofiltração
8 Intervenções específicas na UTI
9 Intervenções específicas fora da UTI

Por favor, veja a folha de explicações para maiores informações



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

Número do paciente

1. Quantos acessos venosos e sondas o paciente tem?

- Venoso Central PEG Venoso periférico
 Nasogástrico Jejunostomia percutânea endoscópica (JEP) Cateter de artéria pulmonar
 Nasojejunal Cateter central de inserção periférica (PICC) Outro

2. Modalidade nutricional

- Oral Enteral Parenteral Sem nutrição

3. Número de dias de nutrição parenteral na UTI dias NA

4. Número de dias de nutrição enteral na UTI dias NA

5. Duração da nutrição enteral nas últimas 24 horas horas Intermitente Contínuo

6. Razões para suspensão da terapia nutricional

- Intolerância Transporte Outro
 Cirurgia Teste de refluxo gástrico NA

7. Calorias planejadas por kg (próximas 24 horas) kg/kcal/dia

OU: <500 kcal/dia 500-999 kcal/dia 1000-1499 kcal/dia 1500-2000 kcal/dia >2000 kcal/dia

8. Volume de um único refluxo gástrico (máx.) ml

9. Terapia procinética: Eritromicina Metoclopramida Não

10. Obstipação > 3 dias Sim Não Eu não sei

11. Diarréia Sim Não Eu não sei

12. Vômito Sim Não Eu não sei

13. Pressão intra-abdominal medida mmHg não medido

14a. É possível alimentar por via oral Sim Não Eu não sei

14b. Se sim, o que o paciente come/bebe?

- Comer: Comida normal de hospital
 Mingau ou iogurte
 Outro
 Beber: Suplementos nutricionais orais
 Líquidos espessos
 Líquidos
 Outro

14c. em caso negativo, por que não é possível a alimentação oral?

- Paciente está sedado
 Alimentação não permitida
 Não pode engolir
 Episódio recente de aspiração
 Problema com a prótese dentária
 Outro



15. NUTRIÇÃO ORAL - Favor indicar a quantidade ingerida em uma refeição escolhida



- Almoço
 Jantar
 NA

Por favor, continue na folha 4b



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

Número do paciente

NUTRIÇÃO ENTERAL / PARENTERAL

16. o paciente recebe um produto de nutrição enteral?

Nome CÓDIGO

Sim Não Eu não sei

Este produto é industrial misturado em hospital

Este produto tem kcal/ml g de proteína/L

Planejado para as últimas 24 horas: ml/24h ou kcal/24h

Fornecido nas últimas 24 horas: ml/24h ou kcal/24h

17. O paciente recebe proteína em pó?

g/24h Não

18. O paciente recebe um produto de nutrição parenteral?

Nome CÓDIGO

Sim Não Eu não sei

Este produto é industrial (2 em 1) industrial (3 em 1) misto em hospital

Este produto tem kcal/ml g de proteína/L

Planejado para as últimas 24 horas: ml/24h ou kcal/24h

Fornecido nas últimas 24 horas: ml/24h ou kcal/24h

19. Esse paciente recebe algum produto nutricional adicional?

Parenteral Enteral Não

20a O paciente recebe multivitaminas?

número de frascos/dia Eu não sei

b...oligoelementos?

número de frascos/dia Eu não sei

c...vitamina B1 (tiamina)?

Sim Não Eu não sei

d...ácido graxo ômega-3 (óleo de peixe)?

Sim Não Eu não sei

e...glutamina?

Sim Não Eu não sei

f...aminoácidos adicionais?

g/24h Eu não sei

21. PERGUNTE AO SEU PACIENTE

a. Você está com fome? Sim Não NA

b. Você gostaria de comer alguma coisa? Sim Não NA

c. Você está com sede? Sim Não NA

d. Você tem a boca seca? Sim Não NA

e. Você sente-se nauseado? Sim Não NA

f. Você tem dor abdominal? Sim Não NA

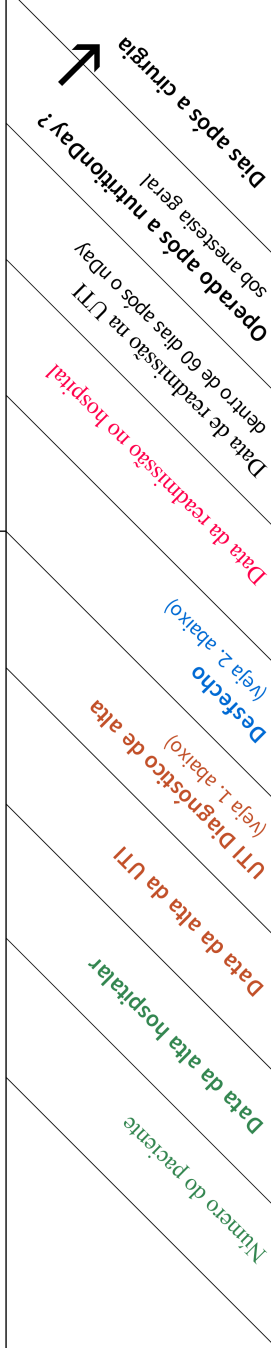
g. Você está ansioso? Sim Não NA

h. Você se sente deprimido? Sim Não NA



nutritionDay na UTI
Resultado do paciente
60 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.

123456	dd.mm.yy	dd.mm.yy	código ICD-10	código	dd.mm.yy	dd.mm.yy	1,2,3,...

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 Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
 - 0400 Doenças do Sistema Hematopoiético
 - 0500 Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais
 - 0600 Doenças do Sistema Nervoso
 - 0700 O olho e anexos
 - 0800 Processo de ouvido e mastoide
 - 0900 Doenças do Aparelho Circulatório
 - 1000 Doenças do Aparelho Respiratório

- 2. Código do Desfecho**
- 1 Permanece internado
 - 2 Transferido para outro hospital
 - 3 Transferido para instituição de longa permanência
 - 4 Reabilitação
 - 5 Alta domiciliar
 - 6 Falecimento
 - 7 Outros



nutritionDay
worldwide

nutritionDay na UTI
Resultado do paciente
60 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.

Número do paciente	dd.mm.yy	Data da alta hospitalar	Data da alta da UTI	UTI Diagnóstico de alta (veja 1. abaixo)	código	dd.mm.yy	Data da readmissão no hospital	Data de readmissão na UTI dentro de 60 dias após o nday	Operado após a nutritionDay ? sob anestesia geral	1,2,3,...	Dias após a cirurgia
123456											

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