



nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital
Questionário
FOLHA DO HOSPITAL



Data

Código da Instituição

1. Número de leitos no hospital

2. Número total de admissões no hospital no ano passado

3. Número total de colaboradores no hospital

	Número total	Com horário completo
Total de médicos		
Total de médicos especialistas		
Total de médicos não especialistas		
Enfermeiros		
Nutricionistas		
-		
Farmacêuticos		
Pessoal da cozinha		

4. O hospital tem uma estratégia de cuidados nutricionais?

☐ Sim

☐ Não

☐ Eu não sei

5. Quais as atividades normais e de rotina existentes no seu hospital?

- ☐ Formação em nutrição é possível
- ☐ Comitê de nutrição com coordenação interdisciplinar no local
- ☐ Indicadores de qualidade são coletados e declarados ao nível nacional / regional
- ☐ Indicadores de qualidade são utilizados para avaliação interna
- ☐ Avaliação do paciente sobre sua alimentação e serviço de alimentação através de questionário

6. Que códigos estão disponíveis / rotineiramente utilizados no seu hospital para promover pagamento e reembolso

☐ Sem informação disponível para pagamento/finanças/controle

	Códigos disponíveis	Códigos usados rotineiramente	Eu não sei
Terapia nutricional	☐	☐	☐
Suplementos nutricionais orais	☐	☐	☐
Nutrição parenteral	☐	☐	☐
Nutrição enteral	☐	☐	☐
Aconselhamento dietético	☐	☐	☐
Intervenção dietética específica	☐	☐	☐
Triagem nutricional	☐	☐	☐
Risco de malnutrição	☐	☐	☐
Desnutrição (em geral)	☐	☐	☐
Gravidade da desnutrição (leve, moderada, grave)	☐	☐	☐

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

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CCBY-NC-ND





nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital
Questionário
FOLHA DA UNIDADE 1a



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

1a. 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
- ☐ Ginecologia
- ☐ Neurologia
- ☐ Psiquiatria
- ☐ Pediatria
- ☐ Interdisciplinar
- ☐ Doentes crônicos
- ☐ Cuidados hospitalares domiciliares
- ☐ Outros

1b. 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? ☐ ☐ ☐

2. Número de pacientes internados durante a refeição principal

3. Número total de leitos da Unidade

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

	Treinamento completo	Em treinamento
Médicos		
Estudantes de Medicina		
Enfermeiras		
Auxiliares de enfermagem		
Nutricionistas		
-		
Equipe da administração		
Outros profissionais envolvidos nos cuidados do paciente		

5. Existe uma equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) no seu hospital? ☐ Sim ☐ Não ☐ Eu não sei

6. O hospital tem uma estratégia de cuidados nutricionais? ☐ Sim ☐ Não ☐ Eu não sei

7. Existe uma pessoa na sua unidade responsável pelos cuidados nutricionais? ☐ Sim ☐ Não ☐ Eu não sei

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

9. Existe pessoal especificamente treinado para auxiliar os pacientes durante as refeições? ☐ Sim ☐ Não ☐ Eu não sei

10. 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

Por favor, continue na folha 1b

www.nutritionDay.org

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CC BY-NC-ND



* ERAS = Enhanced Recovery After Surgery



nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital
Questionário
FOLHA DA UNIDADE 1b



Data

Código da Instituição

Código da Unidade

11a. Você utiliza de rotina diretrizes ou padronizações para os cuidados nutricionais?

☐ Sim

☐ Não

11b. Caso utilize, qual o mais usado?

☐ Recomendações internacionais

☐ Padronização hospitalar

☐ Planos de cuidados nutricionais individuais do paciente

☐ Diretrizes nacionais

☐ Padronização da unidade

☐ Outros

12. O que é feito se o paciente está em risco nutricional ou desnutrido? (assinalar todos os que se aplicam)

	Com risco nutricional	Desnutrido	Todos os doentes	Nenhum
Conduta expectante	☐	☐	☐	☐
Discute os cuidados nutricionais durante as rondas da unidade	☐	☐	☐	☐
Desenvolve um plano individual de cuidado nutricional	☐	☐	☐	☐
Inicia intervenção/ tratamento nutricional	☐	☐	☐	☐
Consulta um especialista em nutrição (nutricionista)	☐	☐	☐	☐
Consulta um profissional médico diferente	☐	☐	☐	☐
Calcula as necessidades energéticas	☐	☐	☐	☐
Calcula as necessidades proteicas	☐	☐	☐	☐

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

☐ Na admissão

☐ Nas 1^{as} 24 horas

☐ Uma vez por semana

☐ No momento de alta

☐ Nas 1^{as} 48 horas

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

☐ Nas 1^{as} 72 horas

☐ Quando solicitado

14. 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 preferências culturais e religiosas

☐ Considera as intolerância e alergias do paciente

☐ Outro

15. Quais atividades relacionadas com a nutrição se aplica em seu hospital? (assinalar todos os que se aplicam)

☐ Oferece treinamento nutricional pelo menos uma vez por ano

☐ Comunicação entre a unidade e direção do hospital envolvendo assuntos relacionados à nutrição

☐ Indicadores de qualidade são rotineiramente avaliados e discutidos a nível regional/nacional

☐ Indicadores de qualidade são rotineiramente utilizados para avaliação interna

☐ Obtém um retorno do paciente sobre a alimentação e serviços das refeições através de questionário

16. O questionário de admissão tem perguntas sobre... (assinalar todos os que se aplicam)

☐ Mudança de peso

☐ Hábitos e dificuldades alimentares

☐ Nutrição antes da admissão

17a. O prontuário do paciente tem uma seção para...

☐ Indicar se o paciente está desnutrido ou em risco nutricional

☐ Tratamento nutricional

☐ Eu não sei

17b. A nota de alta inclui:

☐ Resumo da terapia nutricional recebida durante a internação

☐ Recomendações nutricionais futuras

☐ Eu não sei

18. Você fornece manual com informações nutricionais para pacientes com risco ou desnutridos?

☐ Sim

☐ Não

19. Quem preencheu esta folha? (assinalar todos os que se aplicam)

☐ Chefe da equipe

☐ Enfermeira

☐ Funcionário da administração

☐ Nutricionista

☐ Médico

☐ Outros

MUITO OBRIGADA!

por participar do NutritionDay in Hospital.

www.nutritionDay.org

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CC BY-NC-ND





nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital

Questionário

SOBRE SEU PACIENTE/FOLHA 2a



Data

Número do paciente

Consentimento do paciente

☐ Sim

☐ Não

CONTINUE APENAS COM CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Data de internação

Esta admissão hospitalar foi

- ☐ planejada
☐ uma emergência
☐ Eu não sei

Ano de nascimento

Sexo

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outros

peso (kg)

☐ estimada

☐ medida

altura

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

4. Internações prévias na UTI durante esta internação?

☐ Sim

☐ Não

☐ Eu não sei

5. Este paciente é terminal?

☐ Sim

☐ Não

☐ Eu não sei

6. Estado de hidratação

☐ Normal

☐ Sobrecarga

☐ Desidratado

☐ Eu não sei

7. Numero diferentes medicações planejadas (HOJE)

oral

outros

8. Este paciente estava identificado ou em risco nutricional?

☐ Desnutrido

☐ Sim, com risco

☐ Não

☐ Eu não sei

Por favor, continue na folha 2b

www.nutritionDay.org

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CCBY-NC-ND





nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital
Questionário
SOBRE SEU PACIENTE/FOLHA 2b



Data

Número do paciente

9. Líquidos EV (HOJE)

☐ Solução de eletrólitos (NaCl, Ringer lactato, etc.)

☐ SG 5%

10. Número de suplementos nutricionais orais (SNO) planejado (HOJE)

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

Dieta regular do hospital	☐ Sim	☐ Não	☐ Eu não sei
Dieta enriquecida ou fortificada do hospital	☐	☐	☐
Dieta especial	☐	☐	☐
Suplementos proteico/calóricos (ex: SNO)	☐	☐	☐
Nutrição enteral	☐	☐	☐
Nutrição parenteral	☐	☐	☐

12a. Acessos e sondas (HOJE) (escolha uma resposta para cada)

Cateter venoso central	☐ Sim	☐ Não	☐ Eu não sei
Acesso venoso periférico	☐	☐	☐
Nasogástrica	☐	☐	☐
Nasojejunal	☐	☐	☐
Nasoduodenal	☐	☐	☐
Enterostomia	☐	☐	☐
Gastrostomia percutânea endoscópica/cirúrgica	☐	☐	☐
Jejunostomia percutânea endoscópica/cirúrgica	☐	☐	☐

12b. Houve alguma complicação com os acessos e sondas relacionados à nutrição desde a admissão? (infecções/obstruções)

☐ Sim, previamente ☐ Sim, no momento ☐ Não ☐ Eu não sei

13. Por favor, indique se algum dos itens seguintes foi feito para este paciente desde a admissão:

As necessidades calóricas foram calculadas	☐ Sim	☐ Não	☐ Eu não sei
Foram determinadas as necessidades proteicas	☐	☐	☐
A ingestão do paciente foi registrada na prontuário do paciente	☐	☐	☐
Foi desenvolvido um plano de intervenção nutricional	☐	☐	☐
Foi consultado um especialista em nutrição	☐	☐	☐
O paciente foi registrado como desnutrido em seu prontuário	☐	☐	☐

14a. Meta calórica (ONTEM)

- ☐ < 500 kcal
☐ 500 - 999 kcal
☐ 1000 - 1499 kcal
☐ 1500 - 1999 kcal
☐ >= 2000 kcal
☐ Não determinado
☐ Eu não sei

OUTRO por favor coloque
 kcal/kg

14b. Ingestão energética (ONTEM)

- ☐ < 500 kcal
☐ 500 - 999 kcal
☐ 1000 - 1499 kcal
☐ 1500 - 1999 kcal
☐ >= 2000 kcal
☐ Não determinado
☐ Eu não sei

OUTRO por favor coloque
 kcal/kg

15. Desde a internação, o estado de saúde do paciente...

- ☐ melhorou ☐ O paciente acabou de ser internado
☐ piorou ☐ Eu não sei
☐ permaneceu o mesmo

Por favor, continue na folha 2c

www.nutritionDay.org

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CC BY-NC-ND





nutritionDay
worldwide

nutritionDay no hospital
Questionário / Cirurgia
SOBRE SEU PACIENTE / FOLHA 2c



Data

Número do paciente

SOMENTE PACIENTES DE CIRURGIA!

16a. Cirurgia prévia durante esta internação

- ☐ Sim, planejada
☐ Sim, urgente
 dias desde a cirurgia
☐ Não

16b. Cirurgia planejada durante esta internação

- ☐ Sim, hoje ou amanhã
☐ Sim, mais tarde
☐ Não

17. Tipo de cirurgia (escolha única)

- ☐ Operado logo após a admissão (aguda)
☐ Planejada após admissão não programada
☐ Planejada após admissão programada
☐ Nenhuma das opções acima
☐ Eu não sei
☐ Não aplicável (NA)

18. Abordagem cirúrgica (escolha única)

- ☐ Cirurgia aberta, inclusive convertida
☐ Cirurgia minimamente invasiva (laparoscopia, robótica etc.)

19. Duração da operação

- ☐ Pequena cirurgia (<1 hora)
☐ Cirurgia de grande porte (>1 hora)

20. Principal órgão operado / procedimento cirúrgico, planejado ou realizado (escolha única)

- ☐ Esôfago
☐ Estômago
☐ Fígado
☐ Pâncreas
☐ Colorretal
☐ Ginecológica
☐ Oncologia ginecológica
☐ Urológica
☐ Urologia oncológica
☐ Cistectomia
☐ Bariátrica
☐ Artroplastia do quadril
☐ Artroplastia de joelho
☐ Pulmão
☐ Cardíaca
☐ Vascular
☐ Outros
☐ Eu não sei

21. Indicação para uso de terapia nutricional (escolha única)

- ☐ Sem indicação
☐ Expectativa de jejum prolongado no pós-operatório
☐ Desnutrição pré-operatória
☐ Complicação cirúrgica em andamento
☐ O paciente não come o suficiente
☐ Outros
☐ Eu não sei

22. Dias em terapia nutricional

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

2024
V1
BRASILEIRO
BRAZILIAN
CC BY-NC-ND





Data

Número do paciente

1. Quais são os seus hábitos alimentares mais comuns?
(assinale todas as opções que se apliquem)

- ☐ Tenho restrições alimentares
- ☐ Sem hábitos dietéticos específicos
- ☐ Eu sou vegetariano
- ☐ Eu aderi a dieta vegana
- ☐ Eu como dieta isenta de glúten
- ☐ Eu evito açúcares de adição
- ☐ Eu evito carboidratos
- ☐ Eu como dieta pobre em gorduras
- ☐ Eu sou intolerante à lactose
- ☐ Outras dietas especiais devido a intolerâncias/alergias
- ☐ Outra



2. Onde você estava morando antes de se internar no hospital?

- ☐ Em casa
- ☐ Numa instituição ou casa de repouso
- ☐ Fui transferido de outro hospital
- ☐ Outros

3. Geralmente, você é capaz de andar?

- ☐ Sim
- ☐ Sim, com auxílio de terceiros
- ☐ Sim, com uma bengala, andador ou muletas
- ☐ Não, eu sou cadeirante
- ☐ Não, eu sou acamado



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



☐ Muito boa



☐ Boa



☐ Média



☐ Fraca



☐ Muito fraca

5. Nos últimos 12 meses antes da sua internação hospitalar atual...

...quantas vezes você foi ao médico?
...quantas vezes você esteve internado (pronto socorro, qualquer local)
...quantas noites ficou hospitalizado no total?

vezes
vezes
noites



6. Quantas medicações você toma por dia?

- ☐ 1-2
- ☐ 3-5
- ☐ Mais que 5
- ☐ Nenhuma
- ☐ Eu não sei



7. Você tem seguro de saúde?

- ☐ Sim, apenas convênio
- ☐ Sim, apenas INSS
- ☐ Sim, INSS e convênio
- ☐ Não
- ☐ Eu prefiro não responder

8. Seu peso há 5 anos atrás

 kg

☐ Eu não sei

9a. Você perdeu peso nos últimos 3 meses?

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



9b. Se sim, quantos kg você perdeu?

 kg

☐ Eu não sei

10. Sabia da sua hospitalização 2 dias antes da admissão?

☐ Sim ☐ Não

11. Por favor, indique se você...

...foi pesado na internação	☐ Sim	☐ Não	☐ Eu não sei
...foi informado sobre seu estado nutricional	☐	☐	☐
...foi informado sobre opções de terapia nutricional	☐	☐	☐
...recebeu tratamento nutricional especial	☐	☐	☐

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

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



Por favor, continue na folha 3b

www.nutritionDay.org



Data

Número do paciente

13a. Por favor, marque quanto você comeu da alimentação do hospital no almoço ou jantar HOJE:



quase tudo

☐

1/2

☐

1/4

☐

Nada

☐

13b. O tamanho da porção da refeição que solicitei HOJE foi...

- ☐ Normal
☐ Menor
☐ Maior
☐ Eu não sei

14. De um modo geral, você está satisfeito com a comida do hospital?

- ☐ Muito satisfeito
☐ Um pouco satisfeito
☐ Insatisfeito
☐ Muito insatisfeito
☐ Neutro
☐ Eu não sei

15. Você recebeu alguma ajuda para se alimentar HOJE?

- ☐ Sim, de familiares ou amigos
☐ Sim, dos profissionais do hospital
☐ Não

16. Você conseguiu comer sem interrupção HOJE? ☐ Sim ☐ Não

17. 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
☐ Eu não gostei do cheiro da comida
☐ Eu não gostei do sabor da comida
☐ A comida vai contra minhas preferências culturais/religiosas
☐ A comida estava muito quente
☐ A comida estava muito fria
☐ Por causa de alergia/intolerância alimentar
☐ Eu não estava com fome aquela hora
☐ Não estou com meu apetite usual
☐ Tenho problemas com mastigação/deglutição
☐ Normalmente como menos do que é servido
☐ Tive náuseas/vômitos
☐ Estava muito cansado
☐ Não consigo comer sem ajuda
☐ Não me permitiram comer
☐ Tive que ir fazer um exame / cirurgia e perdi a refeição
☐ Não recebi a comida que eu pedi



18. Que tipo de líquidos você bebe?

- ☐ Água
☐ Chá
☐ Café
☐ Leite
☐ Suco de fruta
☐ Refrigerantes
☐ Suplemento nutricional
☐ Outros

19a. Você comeu alguma comida além da alimentação do hospital HOJE? ☐ Sim ☐ Não

19b. Se sim, o que você comeu?

- ☐ Lanches doces
☐ Lanches salgados
☐ Comida feita em casa
☐ Frutas
☐ Derivados do leite (queijos, iogurte)
☐ Entrega de comida de restaurante/lanchonete
☐ Sanduíches
☐ Outros

20. O seu apetite mudou durante a internação no hospital?

- ☐ Aumentou
☐ Diminuiu
☐ Permaneceu o mesmo
☐ Eu não sei

21. HOJE eu me sinto...

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



22. Consegue andar sem ajuda HOJE? ☐ Sim ☐ Não, só com ajuda ☐ Não, estou acamado

23. Alguém o ajudou a preencher este questionário? ☐ Sim ☐ Não

	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.																																																																																																																																													
<table><tr><th rowspan="2">Número do paciente</th><th rowspan="2">Data da alta</th><th colspan="3">Diagnóstico de alta (veja 1. abaixo)</th><th colspan="6">Códigos adicionais da CID-10 Entre até 6 códigos, na mesma ordem dos seus registros</th><th colspan="2">Evolução (veja 2. abaixo)</th><th colspan="2">Readmitido desde nd (veja 3. abaixo)</th><th rowspan="2">Admitido na UTI dentro de 30 dias após o nday</th><th rowspan="2">Reperado após nday sob anestesia geral</th><th rowspan="2">Quantos dias após nday</th></tr><tr><th>dd.mm.aa</th><th>código ICD-10</th><th>1</th><th>2</th><th>código ICD-10</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>código</th><th>código</th><th>✓</th><th>✓</th><th>dias</th></tr><tr><td>123456</td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Essas informações devem ser inseridas no banco de dados do nutritionDay.			Número do paciente	Data da alta	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	dd.mm.aa	código ICD-10	1	2	código ICD-10	1	2	3	código	código	✓	✓	dias	123456				1				2		3												4				5		6												1				2		3												4				5		6												1				2		3												4				5		6							
Número do paciente	Data da alta	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																																																																																																																												
		dd.mm.aa	código ICD-10	1	2	código ICD-10	1	2	3	código	código	✓	✓	dias																																																																																																																															
123456				1				2		3																																																																																																																																			
				4				5		6																																																																																																																																			
				1				2		3																																																																																																																																			
				4				5		6																																																																																																																																			
				1				2		3																																																																																																																																			
				4				5		6																																																																																																																																			
1. Use este código de diagnósticos ou CID-10 0100 Doenças Infeciosas e Parasitárias 0200 Neoplasias 0300 Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos 0400 Doenças das Glândulas Endócrinas/das Nutrição/do Metabolismo, Transtornos Imunitários 0500 Transtornos Mentais 0600 Doenças do Sistema Nervoso 0700 Olho e anexos 0800 Processo de ouvido em astoide 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 Afecções 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																																																																																																																																											



30 días após o nutritionDay

Código da Unidade

A diagram of a 4x1 grid. The second row from the top has two black dots on its vertical lines. Below the grid is a green letter 'C'.

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