



I - DADOS PESSOAIS DO PACIENTE			
Número AHI _____ Número Cartão SUS _____			
II - DADOS CLÍNICOS - TRIAGEM			
Peso inicial _____ kg	Estado Nutricional Inicial	Tipo de Terapia	
Estatura _____ m		Desnutrido leve <input type="checkbox"/>	Enteral <input type="checkbox"/>
Albumina inicial _____ g/dl		Desnutrido leve-moderado <input type="checkbox"/>	Parenteral <input type="checkbox"/>
Percentual Perda Peso _____ %		Desnutrido grave <input type="checkbox"/>	Enteral/ Parenteral <input type="checkbox"/>
III - Indicação/condições associadas (assinalar doenças associadas caso tenham relação com a indicação do suporte nutricional)			
Pré-operatório <input type="checkbox"/>	Fistulas Digestivas <input type="checkbox"/>		
Hipermetabolismo <input type="checkbox"/>	Terapia Intensiva <input type="checkbox"/>		
Neoplasia <input type="checkbox"/>	Neonatal <input type="checkbox"/>		
Doença Digestiva <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>		
Transplante <input type="checkbox"/>			
IV - Estimativa inicial das necessidades nutricionais: _____ kcal/dia Percentual máximo da estimativa atingido: _____ %			
V - Forma de aquisição e/ou preparo da solução nutritiva:			
Serviço adquire suas formulações fechadas <input type="checkbox"/>	Serviço adquire suas formulações abertas <input type="checkbox"/>		
Serviço manipula suas formulações/dietas <input type="checkbox"/>			
VI - Acesso para o suporte nutricional (nutrição enteral):			
cateter nasogástrico <input type="checkbox"/>	cateter nasoenteral <input type="checkbox"/>	jejunosomia cirúrgica <input type="checkbox"/>	
gastrostomia endoscópica <input type="checkbox"/>	gastrostomia cirúrgica <input type="checkbox"/>	outra <input type="checkbox"/>	
VII - Acesso para o suporte nutricional (nutrição parenteral):			
Cateter periférico <input type="checkbox"/>	cateter epicutâneo <input type="checkbox"/>		
cateter central de curta permanência <input type="checkbox"/>	Cateter central semi/totalmente implantável <input type="checkbox"/>		
VIII - Complicações relacionadas ao suporte nutricional			
Sim <input type="checkbox"/> (assinalar)			
Gastrointestinais <input type="checkbox"/>	Mecânicas relacionadas ao acesso enteral/parenteral <input type="checkbox"/>		
Aspiração <input type="checkbox"/>	Infecciosas relacionadas ao acesso central <input type="checkbox"/>		
Metabólicas <input type="checkbox"/>	Infecciosas relacionadas ao acesso percutâneo enteral <input type="checkbox"/>		
Não <input type="checkbox"/> (assinalar)			
IX - Evolução			
Alta com melhora do estado nutricional <input type="checkbox"/>	Óbito relacionado B complicação de terapia nutricional <input type="checkbox"/>		
Alta com nutrição domiciliar <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>		