

**REGISTRO DE ATIVIDADES DO ACADÊMICO NA ÁREA DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO – SUPERVISÃO DEPNU
 NUTRIÇÃO CLÍNICA**

IDENTIFICAÇÃO

Nome do estagiário: _____

Local do estágio: _____ Supervisor da concedente: _____

Data de início: _____ Data de término: _____

Professor orientador: _____

RELATÓRIO SEMANAL				
DATA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/OBSERVAÇÕES	AVALIAÇÃO	ORIENTAÇÃO PARA A PRÓXIMA SUPERVISÃO	ASSINATURA DO ALUNO
1ª Semana __/__/__		() Excelente		
		() Bom		
		() Regular		
		() Insatisfatório		
		Justificativa:		
2ª Semana __/__/__		() Excelente		
		() Bom		
		() Regular		

		() Insatisfatório	
3ª Semana _/_/___		() Excelente () Bom () Regular () Insatisfatório Justificativa:	
4ª Semana _/_/___		() Excelente () Bom () Regular () Insatisfatório Justificativa:	
5ª Semana _/_/___		() Excelente () Bom () Regular () Insatisfatório Justificativa:	
6ª Semana		() Excelente	

//_		() Bom	
		() Regular	
		() Insatisfatório	
		Justificativa:	

As informações abaixo deverão ser observadas durante a realização do estágio supervisionado realizado no Hospital/Consultório/Hemodiálise e entregue na sexta semana ao professor orientador.

Atividades	Parecer			Não se aplica
Elabora diagnóstico de nutrição?	() Elaborou diagnóstico estruturado e compatível com a avaliação nutricional de forma completa	() Elaborou diagnóstico estruturado mas se baseou em partes da avaliação nutricional	() Não elaborou diagnóstico de forma satisfatória	
Compreende o processo fisiopatológico dos pacientes assistidos	() Elaborou diagnóstico estruturado e compatível com a avaliação nutricional de forma completa	() Elaborou diagnóstico estruturado mas se baseou em partes da avaliação nutricional	() Não elaborou diagnóstico de forma satisfatória	
Elabora prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição, considerando as interações drogas/nutrientes e nutriente/nutriente?	() Elaborou prescrições condizentes com o diagnóstico nutricional e clínico dos pacientes.	() Elaborou prescrições parcialmente condizentes com o diagnóstico nutricional e clínico dos pacientes.	() Não elaborou prescrições dietéticas de forma satisfatória.	
Realiza evolução de prontuário no hospital ou para o supervisor?	() Realizou evolução dos prontuários de forma estruturada, clara e com linguagem técnica.	() Realizou evolução dos prontuários de forma parcialmente estruturada, clara e com linguagem técnica.	() Não realizou a evolução de prontuários de forma satisfatória.	

Promoveu ações de educação alimentar e nutricional para pacientes e familiares?	<input type="checkbox"/> Promoveu ações de educação alimentar e nutricional para pacientes e familiares de forma satisfatória	<input type="checkbox"/> Promoveu ações de educação alimentar e nutricional para pacientes e familiares, de forma parcial.	<input type="checkbox"/> Não promoveu ações de educação alimentar e nutricional para pacientes e familiares de forma satisfatória	
Acompanhou o mapa de dietas e/ou a distribuição de dietas orais e enterais.	<input type="checkbox"/> Acompanhou a distribuição de dietas orais e enterais sempre que possível	<input type="checkbox"/> Acompanhou a distribuição de dietas orais e enterais poucas vezes.	<input type="checkbox"/> Não acompanhou a distribuição de dietas orais e enterais.	
Verificou o percentual de aceitação das dietas (oral e enteral)?	<input type="checkbox"/> Verificou o percentual de aceitação das dietas dos pacientes assistidos.	<input type="checkbox"/> Verificou o percentual de aceitação das dietas de apenas alguns pacientes assistidos.	<input type="checkbox"/> Não verificou o percentual de aceitação das dietas dos pacientes.	
Apresenta interação com os nutricionistas do setor de Nutrição Clínica e de UAN na proposição de ações em conjunto?	<input type="checkbox"/> Apresentou uma excelente interação com os profissionais do SND.	<input type="checkbox"/> Apresentou uma boa interação com os profissionais do SND.	<input type="checkbox"/> Apresentou uma interação regular com os profissionais do SND.	
Apresenta boa interação com os demais profissionais de saúde do serviço?	<input type="checkbox"/> Apresentou uma excelente interação com os demais profissionais do serviço.	<input type="checkbox"/> Apresentou uma boa interação com os demais profissionais do serviço.	<input type="checkbox"/> Apresentou uma interação regular com os demais profissionais do serviço.	
Observações:				

*N/A – Não se aplica

As atividades listadas acima foram retiradas (adaptadas) da Resolução CFN nº600/2018.

ASSINATURA E CARIMBO DO NUTRICIONISTA DO DEPNUT/UFJF

Reservado para o docente (orientador)

Nota atribuída (35,0 pontos): _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ORIENTADOR DO DEPNUT/UFJF