

# Nota de alta hospitalar do serviço de nutrição

Guia Orientador



## ÍNDICE

PROCEDIMENTO.....	3
OBJETIVOS.....	4
DIVULGAÇÃO.....	5
ENQUADRAMENTO.....	6
ORIENTAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DA NOTA DE ALTA HOSPITALAR DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO .....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
ANEXO I.....	24
ANEXO II.....	27

## TÍTULO

. GO 02/2025 - Nota de Alta Hospitalar do Serviço de Nutrição

## AUTORES

. Ordem dos Nutricionistas

## LOCAL

. Ordem dos Nutricionistas, Porto

## VERSÃO E DATA DE PUBLICAÇÃO

. Versão 01, julho de 2025

## REVISÕES

. Data de revisão prevista para o ano 2028

## UTILIZADORES

. Nutricionistas

## POPULAÇÃO ALVO

. Utentes do Serviço de Nutrição, internados e em consulta externa

## ISBN

978-989-99969-6-0

## COMO CITAR OU REFERENCIAR

. Ordem dos Nutricionistas. Guia Orientador “Nota de Alta Hospitalar do Serviço de Nutrição “. GO 02/2025. Porto: Departamento da Qualidade, Ordem dos Nutricionistas; 2025. Disponível em: [www.ordemdosnutricionistas.pt](http://www.ordemdosnutricionistas.pt)

## PROCEDIMENTO

**A.** O presente Guia Orientador (GO) foi elaborado no âmbito do Departamento da Qualidade da Ordem dos Nutricionistas. Os passos deste processo incluem:

1. Identificação das questões prioritárias;
2. Compilação da evidência disponível;
3. Avaliação e síntese da evidência disponível;
4. Revisão científica e avaliação ética;
5. Formulação das recomendações;
6. Planeamento da divulgação;
7. Revisão do documento.

**B.** A elaboração da proposta do presente Guia Orientador foi efetuada pelo Grupo de Trabalho composto por Isabel Monteiro (0034N), Mafalda Noronha (0348N), Patrícia Almeida Nunes (0064N), Sandra Lourenço (00427N). A elaboração da proposta contou com o contributo de Verónica Túbal (0662N).

**C.** Todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma cumpriram o determinado pelo Despacho da Direção nº 001/2017, no que se refere à declaração de interesses.

**D.** A revisão do conteúdo final foi efetuada pela Direção da Ordem dos Nutricionistas.

**E.** A avaliação científica do conteúdo final do presente Guia foi efetuada pelo Conselho de Especialidade em Nutrição Clínica, com emissão do respetivo parecer.

**F.** A apreciação ética do conteúdo final do presente Guia foi efetuada pela Comissão de Ética da Ordem dos Nutricionistas.

**G.** A coordenação executiva do presente Guia foi assegurada pelo Departamento da Qualidade da Ordem dos Nutricionistas.

**H.** A execução do presente Guia Orientador reflete o cumprimento do Código Deontológico.

## OBJETIVOS

O presente Guia tem como objetivo:

. Definir a informação que deve constar na nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição, para todos os utentes que receberam intervenção deste serviço, no internamento e na consulta externa.

## DIVULGAÇÃO

O presente Guia irá ser divulgado através de:

- A. *Website* da Ordem dos Nutricionistas;
- B. *E-mail* para todos os membros da Ordem dos Nutricionistas.

## ENQUADRAMENTO

De acordo com os dados mais recentes do *Global Burden Disease*, a malnutrição em todas as suas formas é o principal fator de risco para a carga da doença no nosso país (3). A alimentação inadequada, enquanto uma das principais causas evitáveis das doenças crónicas não transmissíveis, contribuiu para 7,3% dos DALYs (*Disability-adjusted life years* – anos de vida perdidos por incapacidade) e para 11,4% da mortalidade, no ano de 2019 (4).

A Organização Mundial de Saúde recomenda a necessidade de se implementarem medidas que garantam serviços de saúde centrados nas pessoas e a necessidade de promover a colaboração e a integração transversais entre sectores, contextos de cuidados de saúde, prestadores e utentes destes serviços (5).

As iniciativas para gestão da transição de cuidados hospitalares para os cuidados na comunidade têm sido bem sucedidas na melhoria da qualidade e na redução global de custos (6).

Um estudo multicêntrico realizado em hospitais portugueses em 2007 revelou prevalências de risco nutricional entre 28,5% e 47,3% e de desnutrição entre 6,3% e 14,9% (7). Uma década depois, resultados de outro estudo nacional mostraram uma prevalência de 51% de risco nutricional em doentes internados em enfermaria de medicina. O mesmo estudo mostrou que a admissão hospitalar recente e ter múltiplas comorbilidades se associam ao aumento do risco nutricional (8).

De acordo com dados internacionais, entre 20% e 45% dos doentes admitidos no hospital estão desnutridos e muitos têm alta com o mesmo estado nutricional em que foram admitidos (9-11). A desnutrição está associada ao aumento da mortalidade, morbilidade, duração do tempo de internamento, aumento de custos associados à hospitalização e aumento do número de readmissões hospitalares (12). Motivos porque as atuais diretrizes internacionais recomendam o rastreio proativo do risco nutricional aos doentes aquando da sua admissão hospitalar, seguido de apoio nutricional individualizado no decurso de todo o internamento (13, 14). Em Portugal, desde 2018 que se aplica a identificação do risco nutricional (15, 16).

Quando o doente é identificado com risco nutricional na admissão hospitalar significa que o problema teve origem e se desenvolveu antes do internamento.

A desnutrição não só influencia os resultados clínicos durante o internamento, como também tem impacto no prognóstico a longo prazo. A mortalidade a longo prazo associada à desnutrição é muito elevada em doentes com múltiplas morbilidades (17, 18). No estudo EFFORT verificou-

se um aumento substancial do risco de mortalidade em 5 anos, associado a níveis de desnutrição mais grave (19). Verificou-se um aumento na mortalidade de 50% para 60%, com o aumento da pontuação de risco nutricional (NRS 2002) de 3 para 5, respetivamente (17).

Deste modo, se não houver planeamento adequado da alimentação, aquando da alta hospitalar, que garanta a reabilitação nutricional após o internamento, este problema poderá manter-se ou até agravar-se, conduzindo a um círculo vicioso de readmissões hospitalares.

Verificou-se que 63% dos doentes, cujo internamento teve a duração de pelo menos 7 dias, apresentaram o mesmo estado nutricional, no momento da alta, do que no momento da admissão e que em cerca de 20% dos doentes houve agravamento (20). Entre 50% a 80% dos doentes relataram que durante o internamento sentiram dificuldades em se alimentarem (21, 22), 67% diminuição da ingestão alimentar habitual (23) e 30 a 70% falta de apetite durante todo ou grande parte do tempo em que estiveram internados (22, 24, 25). Sendo o défice de ingestão alimentar a principal causa de desnutrição, o internamento hospitalar *per si* representa um fator de risco de desnutrição (23) e um fator de desnutrição (12, 26, 27). Estes problemas podem continuar ou até agravar-se após a alta hospitalar. Num estudo efetuado no *University Medical Center Groningen* (28) identificaram-se prevalências de risco nutricional na admissão de 31%, ao 5º dia de 56%, ao 10º dia de 66%, ao  $\geq 15$ º dia de internamento de 79%. Verificou-se que a prevalência de desnutrição em doentes hospitalizados é alta na admissão (31%), mantendo-se elevada 4 dias antes da alta (36%). Estes resultados reforçam a importância da monitorização do estado nutricional nos doentes hospitalizados e reforçam a necessidade de cuidados nutricionais adequados após a alta, para evitar que a desnutrição permaneça sem ser identificada e, conseqüentemente, sem ser tratada (28).

A maioria dos doentes adultos desnutridos recebe orientações nutricionais inapropriadas ou inadequadas no momento da alta (29).

Noutro estudo que teve como objetivo avaliar os fatores associados à alteração de peso corporal, 30 dias após a alta hospitalar, verificou-se que 25% dos doentes perderam peso. Em muitos casos, esta perda ponderal esteve associada à falta de apetite e ao facto de terem sido orientados, aquando da alta, com uma dieta “especial” (também chamada de dieta terapêutica), nutricionalmente inadequada/deficitária face às necessidades nutricionais individuais e à necessidade de reabilitação (30).

O aumento da esperança de vida aliado aos avanços da medicina de precisão, à necessidade de reduzir os custos associados à hospitalização, à necessidade de otimização de camas

hospitalares e à humanização dos cuidados de saúde, tem conduzido progressivamente à redução do tempo de internamento, promovendo, simultaneamente, a continuidade dos tratamentos no domicílio e em Unidades de Cuidados Continuados (31-33). Pessoas idosas admitidas para reabilitação, a maioria com doenças neurodegenerativas, que apresentem desnutrição, sarcopenia, fragilidade ou a combinação de todas estas condições, apresentam menor qualidade de vida, menores taxas de alta em cuidados domiciliários especializados, taxas superiores de utilização global de cuidados de saúde, internamentos de maior duração e taxas de mortalidade, após a alta hospitalar, mais elevadas (34, 35). A desnutrição e a fragilidade são problemas graves tanto a nível hospitalar como a nível comunitário (36). A magnitude e a rapidez da perda de massa muscular esquelética são proporcionais ao tempo de inatividade/permanência no leito e inversamente proporcionais à idade (37-40). Intervenções que promovam uma nutrição adequada são necessárias antes, durante e após a hospitalização (41-43).

O planeamento adequado e atempado de alta hospitalar é um mecanismo chave para garantir a resposta a doenças agudas e crónicas durante toda a trajetória do doente, garantindo que os doentes desnutridos ou em risco de desnutrição mantêm os cuidados nutricionais na comunidade (44-49). Diversos estudos demonstraram os benefícios em se estabelecer precocemente planos de alta e de cuidados nutricionais estruturados e individualizados. Numa meta-análise de 30 ensaios clínicos aleatorizados envolvendo 11 964 doentes internados, verificou-se que o planeamento individualizado da alta se associou à diminuição do tempo de internamento e diminuição do risco de readmissões (após 3 meses) em doentes idosos, com condição clínica médica. O planeamento individualizado da alta hospitalar contribui para a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos, assim como para a satisfação dos profissionais de saúde (50). Doentes hospitalizados, com idade igual ou superior a 65 anos, que receberam acompanhamento domiciliário após a alta tiveram menos readmissões hospitalares, internamentos mais curtos e internamentos mais espaçados no tempo, do que doentes do grupo controlo com procedimentos de alta padrão (51) (52).

A alta não é um evento isolado, mas um processo de continuidade do cuidado de saúde. Esta depende do envolvimento do doente/cuidador e exige comunicação e ação coordenada entre a equipa responsável pelo cuidado hospitalar e pelo cuidado comunitário, tendo em vista a garantia do cuidado de saúde em *continuum* (53). A alta planeada com tempo assegura que a transição para a comunidade é realizada da forma mais adequada e segura, ao contrário da alta não planeada adequadamente que se centra apenas no tratamento durante o internamento

(53). Ao contrário desta última, em que o período de internamento é dedicado ao tratamento, quando a alta é planeada com tempo, as ações de envolvimento e educação do doente/cuidador são feitas desde o início. O intuito é assegurar que a transição para a comunidade é realizada da forma mais adequada e segura (53).

A prestação de cuidados nutricionais deve estar integrada na prestação global de cuidados de saúde, centrada na pessoa, independentemente do local onde esta se encontra (hospital, domicílio, estrutura residencial ou outra estrutura da rede nacional de cuidados continuados integrados) e deve utilizar as melhores práticas para os cuidados nutricionais.

Estudos realizados por Beck et al. encontraram efeitos benéficos na continuidade de cuidados nutricionais após a alta hospitalar, integrando um nutricionista dos Cuidados Primários na equipa hospitalar de altas do Serviço de Nutrição (54, 55). O *Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC)* desenvolvido a partir do projeto More-2-Eat, defende que o planeamento da alta deve incluir o encaminhamento para nutricionistas dos Cuidados Primários/comunidade, ou de outras estruturas, garantindo continuidade de cuidados nutricionais, particularmente para doentes em risco de desnutrição ou desnutridos (56).

O cuidado nutricional pós-alta de doentes internados com risco nutricional associou-se à redução em 37% da mortalidade a longo prazo. Mas também se verificaram outros efeitos positivos significativos, tais como aumento do peso corporal e aumento de ingestão proteica e energética (57). A continuidade do cuidado nutricional no ambulatório após a alta hospitalar associa-se a redução da mortalidade, por todas as causas, no prazo de um ano. Estes dados reforçam a importância da continuidade da intervenção nutricional ao longo do tempo, intra e extra-hospitalar (57). Estes resultados estão de acordo com várias outras meta-análises em diferentes populações de doentes (58-66).

Todas as práticas que permitam alinhar esforços, otimizar recursos, maximizar intervenções e sinergias e que facultem a solidariedade entre diferentes níveis de cuidados de saúde são desejáveis e necessárias (67). Há provas da relação custo-eficácia da intervenção nutricional tanto a nível hospitalar como a nível da comunidade (19, 32, 68, 69).

Resultados de uma revisão e meta-análise que incluiu 14 ensaios clínicos aleatorizados e controlados com um total de 2438 participantes sugerem que o cuidado nutricional em doentes na comunidade se associa a aumento significativo da ingestão nutricional, assim como a aumento de peso dos doentes e a aumento da sobrevivência (57).

A disponibilidade de informação clínica em tempo real durante a transição entre os vários locais de prestação de cuidados de saúde e o acesso robusto à telemedicina podem mudar o método de prestação de cuidados sem afetar negativamente os resultados clínicos. Os esforços para expandir a interoperabilidade e a troca de informações podem contribuir para a eficiência no atendimento e no acompanhamento dos doentes (70).

O Serviço de Nutrição deve assegurar os melhores cuidados nutricionais durante a hospitalização, garantir a capacitação para a implementação da terapia nutricional por parte do doente/família/cuidadores e promover a continuidade desses cuidados após a alta hospitalar por parte da equipa de Nutrição que acompanhará o doente na comunidade (32, 71).

## ORIENTAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DA NOTA DE ALTA HOSPITALAR DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

1. Todos os utentes internados que receberam cuidado nutricional de nutricionistas e que têm alta médica e todos os utentes acompanhados em consulta externa de nutrição devem receber nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição (57, 69, 71-73). O cuidado nutricional integra a avaliação do estado nutricional, o diagnóstico nutricional, a terapêutica nutricional e a monitorização/reavaliação realizadas por um nutricionista para garantir que o utente recebe a nutrição adequada às suas necessidades.
2. A nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição deverá ser planeada durante o internamento, assim que haja informação relativa à previsão da alta médica, preferencialmente pelo menos 48 horas antes da alta médica prevista (32, 71).
3. A nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição deverá ser disponibilizada na plataforma de registo de dados clínicos, em vigor na instituição, de preferência em interoperabilidade com a plataforma de registo de dados clínicos dos cuidados de saúde primários (74-77).
4. Uma cópia da nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição, registada na plataforma de registo de dados clínicos, deverá ser entregue ao utente ou seu representante legal, em carta fechada (73, 75, 78).
5. A nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição deve ser elaborada com base no modelo do *Nutrition Care Process* (NCP) (79, 80), no Catálogo Português de Nutrição 3.0 (81), e incluir os seguintes elementos (71, 73-75, 82-85):
  - a) Identificação (conforme definido pela instituição e sistema de informação):
    - i. Identificação do utente;
    - ii. Número do Serviço Nacional de Saúde (SNS) - independentemente de se tratar de cidadão beneficiário de outro sistema de saúde;
    - iii. Número do processo hospitalar.
  - b) Encaminhamento pós-alta hospitalar:

- i. Serviço hospitalar, Hospital, Domicílio, Estabelecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Rede Geral da RNCCI: Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM); Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI), Estrutura Residencial para Pessoas idosas (ERPI), Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM); Residência para Idosos;
- c) Abandono, saída contra parecer médico, óbito ou outro;
- d) Data de admissão hospitalar;
- e) Dados das notas de alta médica e de enfermagem:
  - i. Motivo de internamento;
  - ii. Diagnósticos, procedimentos médicos ou cirúrgicos, plano de cuidados pós-alta, com menção da terapêutica médica, diagnósticos e intervenções de enfermagem, diagnósticos e intervenções de outros profissionais de saúde, desde que relacionados com a intervenção nutricional.
- f) Data admissão no Serviço de Nutrição.
- g) Resumo do cuidado nutricional durante o internamento ou durante o acompanhamento em consulta de nutrição externa:
  - i. Avaliação
    - I. Antropometria no momento da admissão no Serviço de Nutrição: Peso corporal, Estatura, Índice de Massa Corporal, Percentagem de perda de peso nos últimos 3 meses, Resultado do rastreio nutricional - *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)* ou *STRONGkids*;
    - II. Dados Funcionais: Dados relevantes para o cuidado nutricional;
    - III. Dados Laboratoriais: Dados relevantes para o cuidado nutricional;
    - IV. Dados Psicossociais: Dados relevantes para o cuidado nutricional;
    - V. Alergias, intolerâncias e crenças alimentares: fatores alimentares conhecidos que comprometam a disponibilidade e a escolha alimentar.

- ii. Diagnóstico(s) nutricional(is):
  - I. Denominação do(s) problema(s) identificado(s) com descritivo comum compreensível ao utente, objetivo e inequívoco, mas sempre seguidos da indicação entre parêntesis do código de diagnóstico mais adequado;
  - II. Identificação das causas/fatores de risco subjacentes aos problemas identificados;
  - III. Identificação dos sinais e/ou sintomas com impacto nutricional (associados às patologias ou passíveis de intervenção nutricional especializada).
  
- iii. Intervenção nutricional:
  - I. Necessidades nutricionais;
  - II. Terapia nutricional oral (dieta personalizada com base no Manual de Dietas, Suplemento Nutricional Oral (SNO), incluindo características do produto, sabor, volume);
  - III. Terapia nutricional entérica (fórmula(s), via, características da sonda, modo, volume, ritmo);
  - IV. Terapia nutricional parentérica (bolsa(s), via, volume, ritmo, aditivos).
  
- h) Evolução no internamento:
  - i. Breve descrição da evolução do utente durante o internamento;
  - ii. Intercorrências relevantes;
  - iii. Adesão ao plano de cuidado nutricional.
  
- i) Plano de continuidade de cuidado nutricional pós-alta hospitalar: registo de informação detalhada relativamente aos cuidados nutricionais pós-alta, a facultar ao utente/representante legal:
  - i. Antropometria: no momento da alta: Peso corporal, Estatura, Índice de Massa Corporal, Resultado do rastreio nutricional - *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002) e *STRONGkids*;
  - ii. Plano nutricional:
    - I. Necessidades nutricionais;

- II. Terapia nutricional oral (Dieta personalizada, Suplemento Nutricional Oral (SNO), incluindo características do produto, sabor, volume diário);
  - III. Terapia nutricional entérica (fórmula(s), via e características da sonda, modo, volume, ritmo);
  - IV. Terapia nutricional parentérica (bolsa(s), via, volume, ritmo, aditivos;
  - V. Previsão da duração do plano nutricional prescrito;
  - VI. Possíveis complicações e sua gestão;
  - VII. Prescrição de alimentos para fins medicinais específicos, se aplicável;
  - VIII. Aconselhamento alimentar de acordo com modelos pré-existentes no serviço.
- j) Data e hora de alta hospitalar.
- k) Data e hora de alta hospitalar do Serviço Nutrição.
- l) Marcação de consulta externa de nutrição em cuidados de saúde hospitalares (se aplicável): Data, hora e local da(s) consulta(s) de nutrição hospitalar.
- m) Contactos (Destino): Contactos telefónicos, linhas de apoio e endereços de e-mail do Serviço de Nutrição Hospitalar ou dos Cuidados Primários ou de outros para onde o utente seja encaminhado.
- n) Assinatura: nome profissional, número de cédula profissional e o título profissional. Caso a nota de alta seja elaborada por nutricionista estagiário, deverá ser validada por nutricionista membro efetivo da Ordem dos Nutricionistas.
- Nota: No anexo I encontra-se uma proposta de modelo para a nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição que deverá ser adaptado ao sistema de informação utilizado pela instituição.
6. Os dados pessoais e relativos à saúde do utente, devem ser arquivados de forma a garantir a sua privacidade e confidencialidade. A necessidade e conveniência da transmissão destes dados, aquando da alta hospitalar, deve ser precedida de informação e explicação da sua finalidade ao utente (86).

7. No momento da alta hospitalar, o processo de gestão da informação e todo o tratamento de dados deve ser executado em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (86).
8. A atuação do nutricionista deve refletir, em todos os momentos, os princípios deontológicos e éticos que regulam a profissão (87);
  - i. Deve ser facultado ao utente/representante legal toda a informação necessária para que de uma forma livre possa escolher o modo de intervenção e a continuidade do tratamento, em função das suas necessidades e valores. De forma prévia, honesta, íntegra e justa este deve conhecer o modo de intervenção e a intenção de continuidade de acompanhamento nutricional após a alta hospitalar;
  - ii. Os princípios gerais de conduta profissional, os deveres e as relações estabelecidas reforçam a necessidade do nutricionista atuar e reger a sua prática com base em evidência científica, utilizando instrumentos técnicos e científicos adequados ao rigor e excelência do exercício profissional;
  - iii. A fidelização ao rigor técnico e científico e a recusa em contrariar princípios deontológicos e legais deve pautar o exercício profissional;
  - iv. O nutricionista deve abster-se de desviar para atendimento particular próprio, com finalidade lucrativa, pessoa em atendimento ou atendida em instituição com a qual mantenha qualquer tipo de vínculo.
9. A execução da presente Norma de Orientação Profissional tem que refletir o cumprimento do Código Deontológico (87).
10. No seguimento da alta hospitalar do Serviço de Nutrição são recomendadas as seguintes boas práticas (88):
  - i. Facultar o plano alimentar/nutricional estruturado e toda a informação complementar relevante em termos de educação alimentar e orientações práticas de procedimentos;
  - ii. Fornecer informação direcionada ao utente/cuidador relacionada com as melhores práticas de gestão e contactos para serviços comunitários;

- iii. Incluir um plano específico de monitorização e avaliação do progresso do utente (p. ex.: agendamento de consultas subsequentes com a equipa), para que o plano de cuidados possa ser ajustado;
- iv. Informar o utente do contacto do nutricionista/Serviço de Nutrição, caso seja necessário;
- v. Usar a plataforma de registo de dados clínicos do utente para planear a alta e coordenar os cuidados pós-alta;
- vi. Incluir os diagnósticos e o plano de intervenção nutricional na nota de alta;
- vii. Assegurar que são adotadas medidas e procedimentos adequados a utentes com falta de um sistema de suporte fora do hospital para facilitar um eficiente planeamento da alta que inclua instruções específicas.

Nota: No anexo II encontram-se definidas as etapas de elaboração da nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição.

- 11. A implementação das orientações presentes neste Guia, podem ser monitorizadas e avaliadas, através dos seguintes indicadores de qualidade:

. Prescrição de nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição (31):

Objetivo estratégico	Controlo da prescrição da nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição
Descrição	Proporção de utentes com plano de cuidados nutricionais que receberam nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição
Justificação	Garantir a continuidade de cuidados nutricionais  Fórmula: $\frac{\text{Nº de utentes que receberam nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição}}{\text{Nº de utentes com plano de cuidados nutricionais (internados ou acompanhados em consulta externa de nutrição)}} \times 100$
Unidade de medida	Percentagem
Fonte de dados	Processo clínico do utente
Frequência de monitorização	Trimestral
Meta	100%
Responsável pela informação	Diretor do Serviço de Nutrição
Data de implementação do indicador	

- . Tempo médio de antecedência da elaboração da nota de alta previamente à alta médica;
- . Disponibilização da nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição na plataforma de registo de dados clínicos, em vigor na instituição;

. Utilização de uma plataforma informática comum aos cuidados de saúde primários para disponibilização da nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. Recommendations for guidelines production. European Society of Cardiology. 2010:1-50.
2. Direção-Geral da Saúde. Normas Clínicas – Graus de recomendação e níveis de evidência.: Departamento da Qualidade.
3. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet*. 2020;396(10258):1223-49.
4. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. 2022.
5. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018 2018.
6. Berry-Millett R, Bodenheimer TS. Care management of patients with complex health care needs. *The Synthesis project Research synthesis report*. 2009(19).
7. Matos LC, Teixeira MA, Tavares MM, Amaral TF. Menções sobre o estado nutricional nos rewgistos clínicos de doentes hospitalizados. 2007.
8. Marinho R, Pessoa A, Lopes M, Rosinhas J, Pinho J, Silveira J, et al. Prevalence of Nutritional Risk at Admission in Internal Medicine Wards in Portugal: The Multicentre Cross-Sectional ANUMEDI Study. *Acta medica portuguesa*. 2021;34(6):420-7.
9. Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International journal of environmental research and public health*. 2011;8(2):514-27.
10. Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, et al. Malnutrition at Hospital Admission-Contributors and Effect on Length of Stay: A Prospective Cohort Study From the Canadian Malnutrition Task Force. *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2016;40(4):487-97.
11. Ingstad K, Uhrenfeldt L, Kymre IG, Skrubbeltrang C, Pedersen P. Effectiveness of individualised nutritional care plans to reduce malnutrition during hospitalisation and up to 3 months post-discharge: a systematic scoping review. *BMJ open*. 2020;10(11):e040439.
12. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2008;27(1):5-15.
13. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2018;37(1):336-53.
14. Kaegi-Braun N, Baumgartner A, Gomes F, Stanga Z, Deutz NE, Schuetz P. "Evidence-based medical nutrition - A difficult journey, but worth the effort!". *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2020;39(10):3014-8.
15. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho. *Diário da República n.º 129/2018, Série II de 2018-07-06, páginas 18713 - 18714*. 2018.
16. Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde. Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro. *Diário da República n.º 188/2023, Série II de 2023-09-27, páginas 85 - 89*. 2023.
17. Efthymiou A, Hersberger L, Reber E, Schönenberger KA, Kägi-Braun N, Tribolet P, et al. Nutritional risk is a predictor for long-term mortality: 5-Year follow-up of the EFFORT trial. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2021;40(4):1546-54.
18. Kaegi-Braun N, Tribolet P, Gomes F, Fehr R, Baechli V, Geiser M, et al. Six-month outcomes after individualized nutritional support during the hospital stay in medical patients at nutritional risk: Secondary analysis of a prospective randomized trial. *Clinical Nutrition*. 2021;40(3):812-9.

19. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet* (London, England). 2019;393(10188):2312-21.
20. Allard JP, Keller H, Teterina A, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, et al. Factors associated with nutritional decline in hospitalised medical and surgical patients admitted for 7 d or more: a prospective cohort study. *The British journal of nutrition*. 2015;114(10):1612-22.
21. Westergren A, Lindholm C, Axelsson C, Ulander K. Prevalence of eating difficulties and malnutrition among persons within hospital care and special accommodations. *The journal of nutrition, health & aging*. 2008;12(1):39-43.
22. Westergren A, Unosson M, Ohlsson O, Lorefält B, Hallberg IR. Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (> or = 65 years) patients in hospital rehabilitation. *International journal of nursing studies*. 2002;39(3):341-51.
23. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 2011;30(3):289-96.
24. Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, et al. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2015;28(6):546-57.
25. Kagansky N, Berner Y, Koren-Morag N, Perelman L, Knobler H, Levy S. Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *The American journal of clinical nutrition*. 2005;82(4):784-91; quiz 913-4.
26. Naber TH, Schermer T, de Bree A, Nusteling K, Eggink L, Kruijmel JW, et al. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *The American journal of clinical nutrition*. 1997;66(5):1232-9.
27. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* (Clinical research ed). 1994;308(6934):945-8.
28. van Vliet IMY, Gomes-Neto AW, de Jong MFC, Jager-Wittenaar H, Navis GJ. High prevalence of malnutrition both on hospital admission and predischage. *Nutrition* (Burbank, Los Angeles County, Calif). 2020;77:110814.
29. Brooks M, Vest MT, Shapero M, Papas M. Malnourished adults' receipt of hospital discharge nutrition care instructions: a pilot study. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2019;32(5):659-66.
30. Keller H, Laporte M, Payette H, Allard J, Bernier P, Duerksen D, et al. Prevalence and predictors of weight change post discharge from hospital: a study of the Canadian Malnutrition Task Force. *European journal of clinical nutrition*. 2017;71(6):766-72.
31. International Life Sciences Institute. Indicadores de qualidade em terapia nutricional. 10 anos de IQTN no Brasil: Resultados, Desafios e Propostas. 3ª edição.
32. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 2022;41(2):468-88.
33. Canadian Institute for Health Information Hospital Care. [(accessed on 2 august 2023)]; Available online: <https://www.cihi.ca/en/types-of-care/hospital-care>. [2 august 2023].
34. Johnson K, Leciejewski L, Munguia N. The Importance of Nutrition Post-Discharge Interventions. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2019;119(9):S66.
35. Chan HCN, Fei X, Leung ELY, Langston K, Marshall S, van der Meij BS. Post-discharge consequences of protein-energy malnutrition, sarcopenia, and frailty in older adults admitted to rehabilitation: A systematic review. *Clinical nutrition ESPEN*. 2023;54:382-97.
36. Rattray M, Roberts S. Dietitians' Perspectives on the Coordination and Continuity of Nutrition Care for Malnourished or Frail Clients: A Qualitative Study. *Healthcare* (Basel, Switzerland). 2022;10(6).

37. Paddon-Jones D, Leidy H. Dietary protein and muscle in older persons. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*. 2014;17(1):5-11.
38. Paddon-Jones D, Sheffield-Moore M, Urban RJ, Sanford AP, Aarsland A, Wolfe RR, et al. Essential amino acid and carbohydrate supplementation ameliorates muscle protein loss in humans during 28 days bedrest. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2004;89(9):4351-8.
39. Ferrando AA, Paddon-Jones D, Hays NP, Kortebein P, Ronsen O, Williams RH, et al. EAA supplementation to increase nitrogen intake improves muscle function during bed rest in the elderly. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2010;29(1):18-23.
40. English KL. Effects of leucine on skeletal muscle during 14 d bed rest in middle-aged adults 2013.
41. Krumholz HM. Post-hospital syndrome--an acquired, transient condition of generalized risk. *The New England journal of medicine*. 2013;368(2):100-2.
42. Liu L, Bopp MM, Roberson PK, Sullivan DH. Undernutrition and risk of mortality in elderly patients within 1 year of hospital discharge. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2002;57(11):M741-6.
43. Ramage-Morin PL, Gilmour H, Rotermann M. Nutritional risk, hospitalization and mortality among community-dwelling Canadians aged 65 or older. *Health reports*. 2017;28(9):17-27.
44. Baker EB, Wellman NS. Nutrition concerns in discharge planning for older adults: a need for multidisciplinary collaboration. *Journal of the American Dietetic Association*. 2005;105(4):603-7.
45. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2013;37(4):482-97.
46. Laur C, Curtis L, Dubin J, McNicholl T, Valaitis R, Douglas P, et al. Nutrition Care after Discharge from Hospital: An Exploratory Analysis from the More-2-Eat Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2018;6(1).
47. Vallejo KP, Martínez CM, Matos Adames AA, Fuchs-Tarlovsky V, Nogales GCC, Paz RER, et al. Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: a multinational observational study. *Critical care (London, England)*. 2017;21(1):227.
48. Cancino RS, Manasseh C, Kwong L, Mitchell SE, Martin J, Jack BW. Project RED Impacts Patient Experience. *Journal of patient experience*. 2017;4(4):185-90.
49. Young AM, Mudge AM, Banks MD, Rogers L, Demedio K, Isenring E. Improving nutritional discharge planning and follow up in older medical inpatients: Hospital to Home Outreach for Malnourished Elders. *Nutrition & dietetics: the journal of the Dietitians Association of Australia*. 2018;75(3):283-90.
50. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2022;2(2):Cd000313.
51. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Jama*. 1999;281(7):613-20.
52. Lainscak M, Kadivec S, Kosnik M, Benedik B, Bratkovic M, Jakhel T, et al. Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2013;14(6):450.e1-6.
53. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. [ANMCO Position paper: Hospital discharge planning]. *Giornale italiano di cardiologia (2006)*. 2016;17(9):657-86.
54. Beck AM, Kjær S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(6):483-93.

55. Beck A, Andersen UT, Leedo E, Jensen LL, Martins K, Quvang M, et al. Does adding a dietician to the liaison team after discharge of geriatric patients improve nutritional outcome: a randomised controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2015;29(11):1117-28.
56. Keller HH, McCullough J, Davidson B, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, et al. The Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC): Building consensus with a modified Delphi. *Nutrition journal*. 2015;14:63.
57. Kaegi-Braun N, Kilchoer F, Dragusha S, Gressies C, Faessli M, Gomes F, et al. Nutritional support after hospital discharge improves long-term mortality in malnourished adult medical patients: Systematic review and meta-analysis. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2022;41(11):2431-41.
58. Munk T, Tolstrup U, Beck AM, Holst M, Rasmussen HH, Hovhannisyan K, et al. Individualised dietary counselling for nutritionally at-risk older patients following discharge from acute hospital to home: a systematic review and meta-analysis. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2016;29(2):196-208.
59. Beck AM, Holst M, Rasmussen HH. Oral nutritional support of older (65 years+) medical and surgical patients after discharge from hospital: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(1):19-27.
60. Vidal Casariego A, Calleja Fernández A, Villar Taibo R, Urioste Fondo A, Pintor de la Maza B, Hernández Moreno A, et al. Efficacy of enteral nutritional support after hospital discharge in major gastrointestinal surgery patients: a systematic review. *Nutricion hospitalaria*. 2017;34(3):719-26.
61. Lee JLC, Leong LP, Lim SL. Nutrition intervention approaches to reduce malnutrition in oncology patients: a systematic review. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2016;24(1):469-80.
62. Collins PF, Stratton RJ, Elia M. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*. 2012;95(6):1385-95.
63. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing research reviews*. 2012;11(2):278-96.
64. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*. 2012;104(5):371-85.
65. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009;2009(2):Cd003288.
66. Lidder PG, Lewis S, Duxbury M, Thomas S. Systematic review of postdischarge oral nutritional supplementation in patients undergoing GI surgery. *Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*. 2009;24(3):388-94.
67. Agyepong I, Spicer N, Ooms G, Jahn A, Bärnighausen T, Beiersmann C, et al. Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. *The Lancet*. 2023;401(10392):1964-2012.
68. Deutz NE, Matheson EM, Matarese LE, Luo M, Baggs GE, Nelson JL, et al. Readmission and mortality in malnourished, older, hospitalized adults treated with a specialized oral nutritional supplement: A randomized clinical trial. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2016;35(1):18-26.
69. Gomes F, Baumgartner A, Bounoure L, Bally M, Deutz NE, Greenwald JL, et al. Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2019;2(11):e1915138-e.

70. Reed M, Huang J, Brand R, Graetz I, Jaffe MG, Ballard D, et al. Inpatient-outpatient shared electronic health records: telemedicine and laboratory follow-up after hospital discharge. *The American journal of managed care*. 2020;26(10):e327-e32.
71. Brasil. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS. Ministério da Saúde Brasília (DF); 2016.
72. Anja Braet et al. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2016;14(2):106-173.
73. Policy for Nutrition & Dietetic. Clinical Dietetic Documentation in Patient’s Health Records (in all media) V3 Approved by CSI Quality and Safety Board on 10 November 2021 Trust Ref: C242/2016. 2021. .
74. Canadian Nutrition Society. Integrated Nutrition Pathway for Acute Care (INPAC) Implementation Toolkit. Guidance on the ‘what’ and ‘how’ of improving hospital nutrition care. 2017.
75. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Norma técnica para disponibilização de notas de alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares. 2019.
76. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Despacho 2784/2013. Diário da República n.º 36/2013, Série II de 2013-02-20. . 2013.
77. Andrew J. Majka et al. Care Coordination to Enhance Management of Long-Term Enteral Tube Feeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2014; 38 (1): 40–52.
78. Ginzburg Y, Shmilovitz I, Monastyrsky N, Endevelt R, Shahar DR. Barriers for nutritional care in the transition from hospital to the community among older patients. *Clinical Nutrition ESPEN* 2018; 25: 56-62. 2018.
79. Swan WI, Vivanti A, Hakel-Smith NA, Hotson B, Orrevall Y, Trostler N, et al. Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(12):2003-14.
80. Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003;103(8):1061-72.
81. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. Catálogo Português de Nutrição 3.0. 2022.
82. Academy of Nutrition and Dietetics. What is the evidence to support the cost-effectiveness, cost benefit or economic savings of outpatient MNT services provided by an RD? 2007 [Available from: [https://www.andeal.org/topic.cfm?cat=4085&evidence\\_summary\\_id=250816&highlight=What%20is%20the%20evidence%20to%20support%20the%20cost&home=1](https://www.andeal.org/topic.cfm?cat=4085&evidence_summary_id=250816&highlight=What%20is%20the%20evidence%20to%20support%20the%20cost&home=1).
83. Robinson GE, Cryst S. Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2018 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitian Nutritionists (Competent, Proficient, and Expert) in Post-Acute and Long-Term Care Nutrition. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(9):1747-60.e53.
84. Gonçalves RC, Dias MCG, Segadilha NLAL, Oliveira-Netto ACSd, Batista MdSLP, Silva MdLTd. Planejamento nutricional da alta hospitalar: breve revisão da literatura e proposta de instrumento de avaliação. *BRASPEN J* 2020; 35 (4): 329-39.
85. Alyafei A, Al Marri SS (2020) Continuity of Care at the Primary Health Care Level: Narrative Review. *J Family Med Prim Care Open Acc* 4: 146. DOI: 10.29011/2688-7460.100046
86. Parlamento Europeu, Conselho da União Europeia. Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. *Jornal Oficial da União Europeia* de 27 de abril de 2016. 2016
87. Ordem dos Nutricionistas. Regulamento n.º 587/2016. Diário da República 2016; 2ª série - Nº 112 de 14 de junho de 2016, p18664-18666. 2016.

88. McCauley SM, Mitchell K, Heap A. The Malnutrition Quality Improvement Initiative: A Multiyear Partnership Transforms Care. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2019;119(9):S18-S24.

## ANEXO I

Proposta de modelo de nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição

Identificação do Hospital	NOTA DE ALTA HOSPITALAR DO SERVIÇO NUTRIÇÃO	Identificação do Serviço Nutrição
<b>IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE</b>		
Nome Completo	Sexo	Data nascimento
	N.º Processo	N.º SNS (utente)
Morada Habitual	Localidade	Nacionalidade/país residência habitual
Contacto atualizado	Tlm/Telefone: email:	
Identificação do representante legal	Tlm/Telefone: Email: Cartão Cidadão:	
<b>ENCAMINHAMENTO PÓS-ALTA HOSPITALAR</b>		
Domicílio/Instituição	Contactos de destino	
	Geral Tlf: _____ Email: _____ Unidade de Nutrição Tlf: _____ Email: _____ Nutricionista Tlf: _____ Email: _____	
<b>DATA ADMISSÃO HOSPITALAR</b>		
dd/mm/aaaa		
<b>RESUMO ALTA MÉDICA E DE ENFERMAGEM</b>		
Data:		
<b>Motivo do internamento</b>	<b>Diagnóstico</b>	Procedimentos médicos ou cirúrgicos, plano de cuidados pós-alta, com menção da terapêutica médica, diagnósticos e intervenções de enfermagem, diagnósticos e intervenções de outros profissionais de saúde, desde que relacionados com a intervenção nutricional
<b>INFORMAÇÕES DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO</b>		
Data de admissão:		
Resumo do cuidado nutricional durante o internamento ou consulta externa		
<b>Antropometria</b>		
Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____		
% Perda Peso/últimos 3 meses:		
Rastreio Nutricional		
<b>Dados funcionais</b>		
<b>Dados laboratoriais</b>		
<b>Dados psicossociais</b>		
<b>Alergias, intolerâncias, crenças alimentares</b>		

<b>Diagnósticos nutricionais</b>		
<b>Intervenção nutricional</b>		
Necessidades nutricionais		
Terapia nutricional	Oral	Dieta: <i>Breve descrição</i>
		Suplemento nutricional oral:
	Entérica	Via:
		Características da sonda:
		Fórmula:
		Modo/Volume/Ritmo:
	Parentérica	Bolsas/Via/Volume/Ritmo/Aditivos
Intercorrências relevantes		
Adesão ao plano de cuidado nutricional		
<b>Evolução no internamento</b>		
<b>PLANO DE CONTINUIDADE DE CUIDADO NUTRICIONAL PÓS-ALTA HOSPITALAR</b>		
Antropometria		
Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____		
% Perda Peso/últimos 3 meses:		
Rastreio Nutricional		
<b>Intervenção nutricional</b>		
Necessidades nutricionais		
Terapia nutricional	Oral	Dieta: <i>Breve descrição</i>
		Suplemento nutricional oral:
	Entérica	Via:
		Características da sonda:
		Fórmula:
		Modo/Volume/Ritmo:

	Parentérica	Bolsas/Via/Volume/Ritmo/Aditivos
Prescrição dos alimentos para fins medicinais específicos (se aplicável)		
Data da alta (Hora)		
dd/mm/aaaa (hh:mm)		
Previsão da duração do plano nutricional prescrito		Possíveis complicações e sua gestão
<b>Contactos úteis</b>		<b>Marcação de consulta de nutrição</b>
		Data, hora e local
<b>Anexos à nota de alta hospitalar do Serviço Nutrição</b>		
Plano alimentar/nutricional estruturado		Aconselhamento alimentar
Orientações práticas de procedimentos		Outros documentos
<b>Assinatura (Nutricionista)</b>		
<i>Nome profissional, número de cédula profissional e o título profissional</i>		

## ANEXO II

### Etapas da elaboração da nota de alta hospitalar do Serviço de Nutrição

