

 <p><b>Rio</b> PREFEITURA</p>	<p><b>RIOSAUDE</b></p>	<p>CÓDIGO: POP.DEA.029 – FORM I – Requisição de Terapia Nutricional</p>
<p>REQUISIÇÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL (RTN)</p>		
<p>Unidade:</p>	<p>BAE:</p>	
<p>Nome do paciente:</p>	<p>Data de Nascimento:</p>	
<p>Localização do paciente: ( )Sala Vermelha ( )Sala Amarela</p>		
<p>Data de Internação: __/__/__</p>		
<p>Paciente ventilação mecânica? ( )SIM ( )NÃO</p>		
<p>Paciente com dificuldade de deglutir? ( ) SIM ( )NÃO</p>		
<p>Paciente apresenta diarreia? ( ) SIM ( )NÃO</p>		
<p>Kit de dieta enteral: _____</p>	<p>Quantidade:</p>	
<p>Data:</p>	<p>Assinatura e carimbo do Médico:</p>	