

HOSPITAL MUNICIPAL MARIANA MARIA DE JESUS  
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA  
QUISSAMÃ

DIETA ENTERAL

( ) CM ( ) UTI GERAL ( ) C.C ( ) PSIQ. ( ) UTI COVID ( ) PED ( ) MAT ( ) EMERG

Horário de Início da Infusão: \_\_\_\_\_ h

NOME:

LEITO:

DATA:

DIETA:

VOLUME:

\*Em casos de diarreia e/ou RG maior que 200 ml diminuir infusão para metade  
\*\*APÓS ABERTA, VALIDADE DE \_\_\_\_\_ HORAS.