

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN****ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1. Nome do Estabelecimento de Saúde solicitante	2. CNES
---	---------

PACIENTE

3. Nome do Paciente	4. Data Nascimento ____/____/____	5. Nome da Mãe ou Responsável	
6. CPF	7. Cartão Nacional do SUS-CNS	8. Telefone	9. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
10. Raça/Cor			
11. Endereço (Rua, N°, Bairro)			
12. Município de residência	13. UF	14. CEP	

FÓRMULA(S) NUTRICIONAL(IS) SOLICITADA(S)

A	15. Característica da fórmula / Especificação
B	16. Característica da fórmula / Especificação
C	17. Característica da fórmula / Especificação

DADOS COMPLEMENTARES

18. Dados do Paciente Peso (Kg) _____ Altura (m) _____ Indicação clínica: CID Principal:	19. Base de cálculo nutricional _____ Kcal/kg peso _____ Ptn/kg peso	22. Quantidade (em g e mL)	
			Diária
	20. Via de administração	A	_____ g e _____ mL
21. Previsão de uso	B	_____ g e _____ mL	_____ g e _____ mL
	C	_____ g e _____ mL	_____ g e _____ mL

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

23. Avaliação Subjetiva Global e Avaliação Direta (dados de exames bioquímicos, antropométricos)

PARA INÍCIO DE TRATAMENTO COM FORMULAS INFANTIS, INFORMAR:

24. Número de consultas pré-natal com referência do serviço:
 25. Período de aleitamento materno exclusivo:
 26. Motivo da suspensão do aleitamento materno:

 27. História clínica resumida:

TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)

28. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional	29. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional	30. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional
--	--	--

SOLICITAÇÃO

31. Nome do profissional solicitante	32. Data da solicitação ____/____/____	33. Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
34. N° Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante		35. Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)