



SUS



**ANEXO A - 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. Idade	7. Cartão Nacional do SUS-CNS	8. Telefone
		9. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
		10. Raça/Cor
11. Correio eletrônico (e-mail)	12. Município de residência	

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS / BASE DE CÁLCULO NUTRICIONAL**

<b>13. Dados do Paciente</b> Peso (Kg) _____ Altura (m) _____ IMC (kg/m²): _____ CID-10 contemplados protocolos estaduais: CID-10 doença de base:	<b>14. Base de cálculo nutricional</b> ____Kcal/kg peso ou ____ Kcal/cm altura* GET = _____ kcal/dia _____ Ptn/kg peso  *para comprometimento neurológico	<b>15. Dados Antropométricos complementares para adolescentes e adultos (opcional):</b> Circ. Panturrilha/CP: _____ cm Circ. Braço/CB: _____ cm %Adequação CB: _____ % % de perda de peso (últimos 6 meses): _____ %
--	--	--

**FÓRMULA(S) NUTRICIONAL(IS) SOLICITADA(S) / POSOLOGIA**

( ) Primeira solicitação da fórmula ( ) Manutenção da fórmula ( ) Alteração de fórmula

**16. Característica da fórmula / Especificação**

<b>17. Via de administração:</b>  ( ) Oral ( ) Sonda Nasoentérica ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia ( ) Via alternativa + Oral	<b>18. Quantidade diária</b> _____ g _____ mL	<b>19. Quantidade mensal</b> _____ g _____ mL
	<b>19. Posologia:</b> Número de etapas: _____ Horários: _____ Número de colheres medidas/etapa: _____ Volume de água /etapa: _____ mL Volume total dia (fórmula pronta): _____ mL VCT = _____ kcal/dia	

**HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EXCLUSIVO PARA CONTINUIDADE TRATAMENTO COM FORMULAS INFANTIS:**

**20. Paciente em aleitamento materno?:** ( ) sim ( ) não

**21. Diagnóstico de APLV:** ( ) Mediada por IgE ( ) Mediada por IgE e Célula (misto) ( ) Não mediada por IgE

**22. Realizado Teste de Provocação Oral (TPO) nos últimos 3 meses?**  
( ) não. Motivo de não realização do TPO:  
( ) sim. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fórmula/alimento: \_\_\_\_\_ Resultado: ( ) Favorável ( ) Desfavorável Sinais e Sintomas pós TPO: Típicos: ( ) Urticária ( ) Prurido ( ) Rush ( ) Angiodema ( ) Dermatite Atópica – Scord atual \_\_ pontos ( ) FPIES ( ) Retorragia ( ) Anafilaxia. Atípicos: ( ) Cólica ( ) Diarréia ( ) Constipação severa ( ) Náuseas/Vômitos ( ) Distensão abdominal ( ) Regurgitação ( ) Sibilância ( ) Rinoconjuntivite alérgica ( ) Recusa alimentar ( ) Eritema perianal ( ) Fissura perianal ( ) Outro:

23. Nome do profissional solicitante:	24. Data da solicitação: ____/____/____
25. N° Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante:	26. Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)
27. Contato do Profissional Solicitante ( Telefone e/ou e-mail):	