

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



**ANEXO B - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA USO E FORNECIMENTO
AMBULATORIAL DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro está sendo admitido no Protocolo de Fornecimento de Fórmulas Nutricionais e reconheço as normas e critérios que o definem.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico / nutricionista _____ (nome do médico/nutricionista que prescreve).

Tenho ciência, estou de acordo e submeto-me às normas do Protocolo Estadual, dentre as quais estão elencadas abaixo, não se restringindo unicamente a elas, mas a todo o conteúdo da Portaria:

- As fórmulas nutricionais são destinadas a residentes no Espírito Santo e em caso de mudança para outro estado, informarei a Farmácia Cidadã Estadual, assim como comunicarei alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar.
- Preencho criteriosamente os critérios definidos em protocolo para fórmula nutricional solicitada.
- Sou capaz ou possuo cuidador/responsável com condições sociais e culturais satisfatórias para a utilização correta da terapia nutricional, sendo capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente das fórmulas nutricionais.
- Estou ciente que o fornecimento das fórmulas para o mês subsequente está condicionado a devolução de recipientes vazios das fórmulas nutricionais e a quantidade a ser recebida será equivalente à quantidade dos recipientes vazios entregues.
- Estou sujeito à auditoria/avaliação presencial e/ou testes de confirmação de diagnóstico, como Teste de Provocação Oral (TPO), a ser realizada por equipe autorizada pela SESA em ambulatório/SESA ou em domicílio, em periodicidade a ser determinada pelo serviço.
- O acompanhamento deverá ser realizado com profissionais assistentes e para manutenção do fornecimento da fórmula nutricional, as documentações solicitadas pela SESA/ES deverão ser entregues nas farmácias cidadãs, sempre que solicitado. O não envio de informações/documentos no prazo estipulado poderá implicar na interrupção do tratamento.
- As fórmulas nutricionais fornecidas são de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independente do motivo, deverá ser devolvida à Farmácia Cidadã Estadual, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos.
- Durante o tratamento, as fórmulas nutricionais fornecidas poderão apresentar nomes comerciais diferentes, cabendo ao profissional assistente o ajuste do quantitativo solicitado conforme a colher medida do produto disponível correspondente a descrição da fórmula nutricional solicitada.
- Alterações de quantitativos que poderão ocorrer durante o tratamento estarão sujeitos à avaliação pela SESA e o aumento só poderá ser praticado após deferimento e recebimento do novo quantitativo da fórmula.
- Recebi orientação para elaboração e manejo de fórmulas nutricionais com alimentos (Fórmulas Artesanais), no caso de necessidade de utilização em algum momento do tratamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Local:

Data:

Nome do paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Profissional Assistente Responsável (Médico ou Nutricionista):

CRM/CRN:

UF:

Assinatura e carimbo do Profissional Assistente Responsável Data: ___/___/___