

**SUS**

**ANEXO C - FORMULÁRIO PARA INÍCIO DE FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS NA APLV
CONTEMPLADAS NO PROTOCOLO ESTADUAL**

Paciente: _____ Data de nascimento: ___ / ___ / ____ Sexo: () M () F

Informações ao nascimento:					
Idade Gestacional ao Nascer: ___ semanas	Tipo de Parto: () cesáreo () normal		Dados ao nascer: Peso: ___ kg Comprimento: ___ cm		
Trata-se de paciente internado em UTIN? () não () sim	Intercorrências gestacionais maternas? () não () sim, especifique: () Diabetes Gestacional () Eclâmpsia () Pré – Eclâmpsia () Outro:				
Informações Clínicas:					
Tempo de aleitamento materno exclusivo: ___ meses		Atualmente em aleitamento Materno: () sim () não, justificativa:			
Tempo total em aleitamento: ___ meses		Motivo da complementação:			
Sintomas e sinais clínicos	Idade inicial	Tempo de latência*	Frequência	Data do último episódio	Realiza tratamento medicamentoso?
Sintomas cutâneos					
() urticária					() sim () não
() prurido					() sim () não
() rush					() sim () não
() angioedema					() sim () não
() dermatite atópica, SCORAD atual: _____ pontos					() sim () não
Sistemas gastrointestinais					
() cólica					() sim () não
() diarreia					() sim () não
() sangue nas fezes					() sim () não
() fissura anal					() sim () não
() ânsia de vômito/vômitos					() sim () não
() regurgitações					() sim () não
() distensão abdominal					() sim () não
Sistemas respiratórios					
() sibilância					() sim () não
() rinoconjutivite alérgica					() sim () não
Outros:					
() Anafilaxia					() sim () não
() FPIES					() sim () não
()					() sim () não
* Tempo necessário da ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas					
Diagnóstico de APLV: () Mediada por IgE () Mediada por IgE e Célula (misto) () Não mediada por IgE					
Realização da vacina rotavírus: () 1ª dose. Data: ___ / ___ / ___ () 2ª dose. Data: ___ / ___ / ___ () 3ª dose. Data: ___ / ___ / ___					
Os sintomas podem estar relacionados a outra condição clínica? () não () sim, especifique: () Prematuridade () Infecções () Uso de antibióticos e/ou inibidores de bomba () Doença Refluxo Gastroesofágico () Distúrbio funcionais do lactente () Outro:					
() sim. Data: ___ / ___ / ____ Fórmula/alimento: _____					
Realizado Teste de Provocação Oral? Resultado: () Favorável () Desfavorável					
() não. Motivo da não realização:					
Fórmulas utilizadas anteriores					
Descrição da fórmula	Tempo total de uso		Resposta Clínica		
Outras informações:					

Data do preenchimento: ___ / ___ / ___

Médico responsável / CRM