

### **DOCUMENTAÇÃO PESSOAL NECESSÁRIA PARA ABERTURA PROCESSO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF ( facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração, para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.

### **DOCUMENTAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS**

#### **Adolescentes e Adultos**

- Receita/Prescrição Nutricional em duas vias (uma para o paciente e outra para ser anexado ao processo), com posologia (modo de preparo informando as colheres medidas necessárias para cada etapa) e datada e carimbada por médico/nutrólogo ou nutricionista
- **LFN** - Laudo para Solicitação/Autorização de Fórmulas Nutricionais. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo nutrólogo ou nutricionista com o **(C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo**.
- Laudo Nutricional (Descrição do estado nutricional que o paciente se encontra)
- Curva de crescimento para faixa etária até 18 anos (Peso para Idade/ Estatura por idade)
- Plano alimentar (Informar as refeições ofertadas nos casos de suplementação)
- Laudo Médico (Laudo contendo informações clínica com o CID contemplado em portaria)

#### **Crianças**

- Receita/Prescrição Nutricional em duas vias (uma para o paciente e outra para ser anexado ao processo), com posologia (modo de preparo informando as colheres medidas necessárias para cada etapa/mamadeira) e carimbada por médico/pediatra ou nutricionista
- **LFN** - Laudo para Solicitação/Autorização de Fórmulas Nutricionais. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico pediatra ou nutricionista com o **(C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo**.
- Laudo Nutricional (O nutricionista/pediatra descreve o estado nutricional que o paciente se encontra)
- Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade)
- Plano alimentar (Informar as refeições ofertadas, caso seja alimentação exclusiva por via enteral esse documento é dispensável)
- Laudo Médico (Laudo contendo informações clínica com o CID contemplado em portaria)
- Para crianças menores de 6 meses – Laudo de Banco de Leite Humano (BLH) comprovando sua ida ao BLH e manifestação sobre a capacidade de manutenção da amamentação materna.

#### **Orientações para o Preenchimento na LFN:**

Não serão aceitas LFN's sem identificação do usuário.

- Item 15 - o descritivo deverá ser em acordo com a Portaria. **Não é aceito nome comercial**.
- CID em acordo com laudo médico.
- Somente os CIDs de desnutrição e de gastrostomia são aceitos na LFN do profissional nutricionista quando é distinto do laudo médico.
- Item 22 da LFN o profissional deverá preencher o quantitativo necessário para o dia e para o mês em gramas, devido todas as fórmulas nutricionais padronizada serem na apresentação pó.
- Indispensável o preenchimento da base de cálculo nutricional kcal/kg peso, Ptn/Kg peso e Via de administração (oral/naso entérica/naso gástrica/gastrostomia/ jejunostomia/orogástrica – siglas GTT/SNE/SNG/SOG)
- O Item 31 a 35 deverão estar preenchidos, datados, assinados e carimbados.



**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, Nº, 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 A _____ g e _____ mL	Mensal B _____ g e _____ mL
	20. Via de administração	C _____ g e _____ mL	D _____ g e _____ mL
	21. Previsão de uso		

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

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

**PARA INÍCIO DE TRATAMENTO COM FÓRMULAS 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) do profissional solicitante	35. Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)