

**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 clinica 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 documentação é dispensável)
- Laudo Médico (Laudo contendo informações clinica com o CID contemplado em portaria)

**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)**

<b>A</b>	15. Característica da fórmula / Especificação
<b>B</b>	16. Característica da fórmula / Especificação
<b>C</b>	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	Mensal
		<b>A</b>	_____ g e _____ mL	_____ g e _____ mL
	20. Via de administração	<b>B</b>	_____ g e _____ mL	_____ g e _____ mL
	21. Previsão de uso	<b>C</b>	_____ 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) do profissional solicitante		35. Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)