



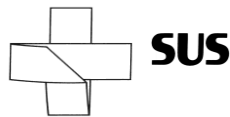
## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS DE ACORDO COM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

### 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:

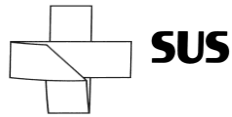
FÓRMULA NUTRACIONAL		ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames) <sup>7</sup>	Médico Especialista	CID-10
<b>Fórmulas Infantis para Necessidades Dietoterápicas Especiais</b>	<b>F2</b> - Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de hidrolisado protéico, do soro do leite, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses.  <b>F3</b> - Fórmula para alimentação infantil elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses.	Laudo Médico <sup>1</sup>	Laudo Médico <sup>1</sup> - trimestral	Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatria, Neonatologista, etc).	E40 E 41 E 42 E 43 E 44.0 E 44.1 E 46 E 73.9 E 84.0 E 84.1 K 90.0 K 90.3 K 90.4 K 90.8 K 90.9
		Receita/Prescrição Nutricional <sup>2</sup>	Receita/Prescrição Nutricional <sup>2</sup> - trimestral	Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	
		LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais <sup>3</sup>	LFN - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais <sup>3</sup> - trimestral	Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	
		*Laudo Nutricional (*pode estar na LFN) <sup>4</sup>	*Laudo Nutricional (*pode estar na LFN) <sup>4</sup> - trimestral	Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	
		Curva de crescimento	Curva de crescimento - trimestral		
		Para crianças menores de 6 meses - Laudo de Banco de Leite Humano (BLH) - obrigatório para os municípios de Vitória, Serra, Metropolitana, Vila Velha, Cachoeiro e Colatina. <sup>5</sup>	Para maiores 6 meses - Plano alimentar <sup>6</sup> trimestral	Profissional de Saúde do Banco de Leite Humano.	
		Para maiores 6 meses - Plano alimentar <sup>6</sup>		Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	



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



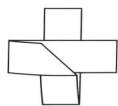
<b>Fórmulas Pediátricas para Nutrição Enteral</b>	<b>P1</b> - Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, isenta de lactose e glúten, adequada para criança de 01 a 10 anos.	Laudo Médico <sup>1</sup>	Laudo Médico <sup>1</sup> - Semestral	Médico: Pediatra e outras especialidades em pediatria (Gastropediatra, Alergologista pediatria, Neonatologista, etc).	E40 E 41 E 42 E 43 E 44.0 E 44.1 E 46 E 73.9 E 84.0 E 84.1 K 90.0 K 90.3 K 90.4 K 90.8 K 90.9
		Receita/Prescrição Nutricional <sup>2</sup>	Receita/Prescrição Nutricional <sup>2</sup> trimestral	Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	
	<b>P8</b> - Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, semi-elementar a base de peptídeos, isenta de lactose e glúten, adequada para criança de 01 a 10 anos.	<b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais <sup>3</sup>	<b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais <sup>3</sup> - trimestral	Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	
		<b>*Laudo Nutricional</b> (*pode estar na LFN) <sup>4</sup>	<b>*Laudo Nutricional</b> (*pode estar na LFN) <sup>4</sup> trimestral	Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	
	<b>P7</b> - Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de lactose e glúten, adequada para criança de 01 a 10 anos.	Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade)	Curva de crescimento (Peso para Idade/ Comprimento por idade) trimestral		
		Plano alimentar <sup>6</sup> - Caso haja alimentação oral associada	Plano alimentar <sup>6</sup> - Caso haja alimentação oral associada - trimestral	Pediatra, outras especialidades em pediatria ou nutricionista.	
<b>Fórmulas para Nutrição Enteral</b>	<b>A1</b> - Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de lactose e glúten, fonte de proteína a base de caseinato.  <b>A2</b> - Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja.	Laudo Médico <sup>1</sup>	Laudo Médico <sup>1</sup> - Semestral	Médico	F000 F001 F002 F009 F028 F021 F022 F023 F024 F03 F011 F010 F013 F019 F012 F018 C024 C01 C021 C028 C029 Q391 Q390 D001 K229 Q393 S112 Q399 K231 C152 C150 C151 C158 C159 C155 C154 C153 K222 T281 K238 K221 Z903 D002 K312 K316 D371 C166 C165 C162 C168 C169 C161 Z931 E43 E441 E440 E46 G122 I64 G936 P110 S061 P101 P524 I614 I616 I613 I611 I612 I610 I615 I619 I601 I634 I631 I635 I632 I633 I630 I636 I639 G459 P112 C717 C715 S062 S063 K632 N822 D133 C178 C179 C784 C785 K631 G35 M340 G319 G239
		Receita/Prescrição Nutricional <sup>2</sup>	Receita/Prescrição Nutricional <sup>2</sup> - trimestral	Nutricionista	
		<b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais <sup>3</sup>	<b>LFN</b> - Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais <sup>3</sup> - trimestral	Nutricionista	
		<b>*Laudo Nutricional</b> (*pode estar na LFN) <sup>4</sup>	<b>*Laudo Nutricional</b> (*pode estar na LFN) <sup>4</sup> - trimestral	Nutricionista	
		<b>Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento</b> (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade)	<b>Para pacientes de 10 a 19 anos - Curva de crescimento</b> (Peso para Idade/ Comprimento por idade/IMC por idade) - trimestral		



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



- <sup>1</sup> Laudo Médico - contendo informações clínicas com indicação da fórmula conforme definição em portaria 054-R e CID padronizado.
- <sup>2</sup> Receita/Prescrição Nutricional - com posologia (modo de preparo informando número de etapas e as colheres medidas necessárias para cada etapa/mamadeira).
- <sup>3</sup> LFN - Laudo para Solicitação/Autorização de Fórmulas Nutricionais. É obrigatório o preenchimento de todos os campos. O Item 15 - o descritivo deverá ser em acordo com a Portaria. Não é aceito nome comercial sendo 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). A LFN deverá ser datada, assinada e carimbada pelo profissional assistente.
- <sup>4</sup> Laudo Nutricional - Descrevendo a avaliação nutricional do paciente. pode estar na LFN - item 23.
- <sup>5</sup> Laudo de Banco de Leite Humano (BLH) - comprovando a ida materna ao BLH, coma avaliação da capacidade amamentação materna, possibilidade de manutenção do aleitamento ou relactação.
- <sup>6</sup> Plano alimentar - refeições ofertadas, caso seja alimentação exclusiva por via enteral ou esse documentação é dispensável.
- <sup>7</sup> A periodicidade de entrega da documentação poderá sofrer alteração conforme o parecer técnico.

**SUS**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS**

**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, N°, 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
	20. Via de administração	<b>A</b>	g e mL
21. Previsão de uso	<b>B</b>	g e mL	g e mL
	<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/CPF) do profissional solicitante		35. Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)