

## Documentação 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.
- **LFN** - Laudo para Solicitação/Autorização de Fórmulas Nutricionais. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico/nutricionista com o **(C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.**

## Documentação Necessária para Solicitação de Fórmulas Nutricionais

### Adolescentes e Adultos

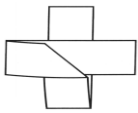
- Receita/Prescrição Nutricional em duas vias (uma para o paciente e outra para ser anexado ao processo), com posologia (modo de preparo informando as colheres medidas necessárias para cada etapa) e data
- LFN (Pode ser preenchida por médico/nutrólogo ou nutricionista)
- Laudo Nutricional (O nutricionista/pediatra descreve o 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 data
- LFN (Pode ser preenchida por pediatra/nutricionista ou nutrólogo)
- 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)
- Laudo Médico (Laudo contendo informações clinica com o CID contemplado em portaria)

### **Preenchimento na LFN (Itens essenciais a serem preenchidos pelo prescriptor):**

- Item 1 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. Não é necessário que ele preencha o volume na LFN, pois na posologia vai ter essa informação.
- Base de cálculo nutricional kcal/kg peso e Ptn/Kg peso
- 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.



**SUS**

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



- F1  Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de proteína hidrolisada de soja, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 á 12 meses. (Diluição 1 colh. 5g para 30ml)\*
- F2  Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de proteína hidrolisada do soro do leite, isenta de sacarose, lactose e glúten, adequada a crianças de o á 12 meses. (Diluição 1 colh. 4.3g para 30ml)\*
- F3  Fórmula para alimentação infantil elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 á 12. (Diluição 1 colh. 4.6g para 30ml)\*
- P1  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, isenta de lactose, sacarose e glúten, adequada a crianças de 01 a 10 anos. (Diluição 7 colh. 6.1g/cada para 200ml)\*
- P8  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, semi-elementar, a base de peptídeos, isenta de lactose e glúten adequada a crianças de 01 a 10 anos. (Diluição 7 colh. 7.8g/cada para 250ml)\*
- P7  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de lactose adequada a crianças de 01 a 10 anos. (Diluição 1 colh. 25g/cada para 100ml)\*
- A1  Dieta nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose e glúten, fonte protéica a base de caseinato em pó para reconstituição. (Diluição 6 colh. 8.8g/cada para 230ml)\*
- A2  Dieta nutricionalmente completa, morno calórica, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose, sacarose e glúten, fonte protéica a base de soja em pó para reconstituição. (Diluição 9 colh. 5g/cada para 200ml)\*

\* Diluição poderá ser modificada a cada licitação realizada pela Secretaria para atendimento as fórmulas nutricionais padronizadas.

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN  
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1. Nome do Estabelecimento de Saúde solicitante		2. CNES	
<b>PACIENTE</b>			
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)**

15. Característica da fórmula / Especificação
16. Característica da fórmula / Especificação
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)	
	20. Via de administração	Diária	Mensal
		A	_____ g e _____ mL
21. Previsão de uso	B	_____ g e _____ mL	_____ g e _____ mL
	C	_____ 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. Nº Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante		35. Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)