



LISTA DE DOCUMENTAÇÃO PARA ABERTURA DE PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS (FNE) VIA RESOLUÇÃO Nº 315/13

DOCUMENTOS

() Laudo médico atual e com data. (Diagnóstico; história clínica; justificativa de aquisição da fórmula).

Obs: Para pedir fórmulas infantis o médico deve ser especialista: **pediatra, gastroenterologista ou alergista.**

() Laudo nutricional atual e com data (Diagnóstico nutricional; Composição da fórmula; quantidade a ser utilizada por dia e mês).

() Parecer social ou encaminhamento de um Assistente Social.

() Carta de solicitação de Fórmulas Nutricionais Especiais

() Termo de responsabilidade

Paciente - Cópia dos seguintes documentos:

() Certidão de nascimento (se for pessoa menor de 02 anos)

() RG (para maiores de 2 anos)

() CPF

() Cartão SUS

() Comprovante de residência

Responsável - Cópia dos seguintes documentos:

() RG

() CPF

() Cartão SUS

INDICAR O TELEFONE DE CONTATO DO RESPONSÁVEL

Diretoria de Assistência Farmacêutica/ Núcleo de Nutrição: 3218-1745/ 3218-3091.

(QUADRA - 104 N, Av. LO - 04, L - 46, Palmas – TO). Email: dafalimentato@gmail.com



**GOVERNO DO
ESTADO DO
TOCANTINS**

**SECRETARIA
DE ESTADO
DA SAÚDE**

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL ESPECIAL (FNE)

Senhor Secretário Estadual da Saúde,

Venho por meio desta, solicitar ao Ilmo. Senhor Secretário Estadual da Saúde, fórmula nutricional especial, em benefício de _____, para que seja realizado tratamento de saúde, conforme solicitação médica e prescrição nutricional.

Tal pedido se justifica ao fato de não possuir condições financeiras para aquisição da mesma.

Sem mais para o momento, agradeço.

Atenciosamente,

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL

CPF:

Telefone de contato:

Município de Residência, ____ / ____ / _____



TERMO DE RESPONSABILIDADE
AQUISIÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL ESPECIAL (FNE)

Eu, _____, CPF: _____,
responsável pelo paciente _____

CPF: _____, responsabilizo-me a:

	Devolver à Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado/Núcleo de Nutrição o produto alimentar recebido, em caso de não mais haver necessidade de utilização do mesmo, nas mesmas condições em que recebi , e dentro do prazo de validade
	Manter atualizado telefone de contato junto ao Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado/Núcleo de Nutrição;
	Apresentar laudos médico e nutricional atualizados, a cada 90 dias para renovação do processo
	Atualizar documentação em caso de mudança de município de residência (dentro do estado), mudança de nome ou via de documentos pessoais

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL

CPF:

Telefone de contato:

Município de Residência, ____ / ____ / _____



LAUDO MÉDICO PARA AQUISIÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL ESPECIAL (FNE)

I – PACIENTE

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo:	Telefone:
Nome do Responsável:		
Município de Residência:		

II – JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA FÓRMULA

História clínica (deve constar informações que fundamentam a solicitação do pedido) e DIAGNÓSTICO

Alergia Alimentar Classificação: () IgE Mediada () Não IgE Mediada () Mista () Sem definição

III – SOLICITAÇÃO (conforme item II)

a. Necessidade do Suporte Nutricional

Via de administração da Terapia nutricional: () VO () TNE EXCLUSIVA

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional enteral:

- () Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo () Síndrome de má absorção
() Afagia/Disfagia por doença neurológica () Desnutrição moderada a grave
() Transtorno de mobilidade intestinal () Outro: _____

b. Descrição da dieta (densidade calórica, teor de proteína, controle glicêmico, e outras características que forem relevantes)

Data: ___/___/___

Médico CRM



LAUDO NUTRICIONAL PARA AQUISIÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL ESPECIAL (FNE)

I – PACIENTE

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Telefone:

Nome do Responsável:

Município de Residência:

II – PRESCRIÇÃO

Doença Principal:

Outros Diagnósticos:

Avaliação Nutricional:

Peso: _____ () atual () estimado Estatura: _____ () atual () estimada IMC: _____

Diagnóstico Nutricional: _____

Valor Energético diário: _____

Justificativa da dietoterapia: (descrição das condições que influenciam na conduta dietoterápica - capacidade de deglutição, patologia, desnutrição, deficit ponderal, etc.).

Via de administração: () VO () TNE

Descritivo da fórmula solicitada*:

Programação diária: (volume e fracionamento diários):

Volume total (30 dias): _____

Data: ____ / ____ / ____

Nutricionista CRN



***DESCRITIVO DAS DIETAS/FÓRMULAS CONFORME PERFIL DO PACIENTE:**

Criança e Adolescente em uso de dieta enteral exclusiva:

Características fórmulas Padronizadas
Dieta enteral polimérica, hipercalórica (1.5kcal/ml), hiperproteica, com fibras, isenta de sacarose, lactose e glúten. Crianças de 1 - 6 anos
Dieta enteral polimérica, normocalórica (1.0kcal/ml), hiperproteica, com fibras, isenta de sacarose, lactose e glúten. Crianças de 7 - 12 anos.
Dieta polimérica em pó, normocalórica, isenta de glúten, colesterol e lactose. Crianças de 1 a 10 anos.
Dieta oligomérica em pó, hiperproteica, à base de peptídeos e aminoácidos livres, isenta de lactose e glúten. Crianças de 1 - 10 anos.
Dieta enteral, hipercalórica, com LCPufas e mistura de prebióticos. Isenta de sacarose e glúten. Crianças de 0 a 12 meses.

Adulto em uso de dieta enteral exclusiva

Características fórmulas Padronizadas
Dieta polimérica, hipercalórica (1.5kcal/ml), hiperproteica com fibras, isenta de lactose, sacarose e glúten.
Dieta polimérica, normocalórica (1.0 a 1.3kcal/ml) normoproteica com fibras, isenta de lactose, sacarose e glúten.
Dieta polimérica, normocalórica, normoproteica, sem fibras, isenta de lactose, sacarose e glúten.
Dieta polimérica, normocalórica, hiperproteica com imunomoduladores, isenta de lactose e glúten.
Dieta oligomérica, hiperproteica, à base de peptídeos e aminoácidos livres, isenta de lactose e glúten.
Dieta enteral polimérica, normocalórica (1,0 -1,2kcal/ml), hiperproteica, com fibras, para auxílio controle glicêmico, isenta de lactose, sacarose e glúten.

Criança < 2 anos de idade diagnosticada com Alergia à Proteína do Leite de Vaca

Características fórmulas Padronizadas
Fórmulas infantis para lactentes e de seguimento à base de soja
Fórmulas extensamente hidrolisadas para lactentes com lactose
Fórmulas extensamente hidrolisadas para lactentes sem lactose
Fórmulas infantis à base de aminoácidos para lactentes

Pacientes diagnosticados com Doença de Crohn

Características fórmulas Padronizadas
Fórmula nutricional em pó, polimérica, normocalórica, destinada a portadores de doença de Crohn.



AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE DIETA / FÓRMULA

(a ser emitida em caso de impossibilidade do responsável em comparecer para realizar a retirada da dieta/fórmula liberada)

Eu _____, portador
(a) do RG nº _____, CPF nº _____,
responsável pelo **paciente** _____
cadastrado no Setor de Nutrição da Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado,
autorizo _____, portador do
RG nº _____ e CPF nº _____ a
retirar a alimentação do referido paciente em meu nome.

Município de Residência, ____/____/____

Responsável

Anexar cópia do documento pessoal da pessoa autorizada