



GOVERNO DO
TOCANTINS
TRABALHANDO E CUIDANDO DE TODOS



©2024 GOVERNO DO TOCANTINS

©Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, edição, distribuição e informações
SECRETARIA DO ESTADO DO TOCANTINS
Assistência Farmacêutica
Núcleo de Nutrição

Supervisão:

Atney Karine Alves Cantanhede - Nutricionista do Núcleo de Nutrição da Assistência Farmacêutica
Renata Andrade de Medeiros Moreira - Professora do curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Elaboração:

Débora Eugênio da Costa - Estagiária do Curso de Nutrição da UFT

Telefone: 3218-1745 / 3091



Quadra 104 norte, avenida LO-4, conj. 4, lote 46 - Assistência Farmacêutica. - Palmas/TO.



MÉDICO

Manual de Prescrição

Seu cuidado, nutre vidas!

PACIENTE

➔ **NOME:** Preencha o nome completo do paciente e do responsável, sem abreviaturas. Exemplo:

✓ Débora Eugênio da Costa

✗ Débora E. da Costa

! Se estiver incorreto, não será possível identificar o paciente e o seu responsável.

Podem haver sobrenomes com as mesmas iniciais, dificultando a identificação.

➔ **SEXO:** Escreva se é masculino ou feminino.

➔ **TELEFONE:** Escreva corretamente o DDD e os 9 dígitos, pois é através desse número que entraremos em contato com o paciente/responsável.

(63) 9XXXX-XXXX

➔ **MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:** Coloque o município em que o paciente reside e não de onde foi atendido.

JUSTIFICATIVA

➔ **HISTÓRIA CLÍNICA:** Explique de forma breve o quadro do paciente, que fundamentam a solicitação do pedido.

➔ **DIAGNÓSTICO:** É obrigatório ter o diagnóstico para todos pacientes.

! Para pacientes com APLV, além do diagnóstico, acrescentar:

➔ **CLASSIFICAÇÃO DA ALERGIA ALIMENTAR:**

- () IgE mediada
- () Não IgE mediada
- () Mista
- () Outros

! Pacientes com **diabetes** precisam ter essa **informação descrita**, para que a fórmula seja para auxílio controle glicêmico.



SOLICITAÇÃO

Ainda que esteja descrito na justificativa a necessidade do suporte nutricional, não esqueça de **assinalar a via de administração**.

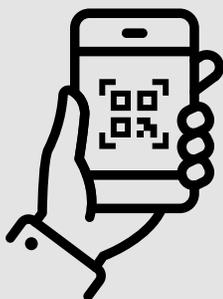
- Via Oral (VO)
 Terapia nutricional enteral (TNE)

Caso seja TNE, assinalar a justificativa. Exemplo:

- Síndrome da má absorção
 Desnutrição Moderada a Grave

DESCRIÇÃO DA DIETA

➔ **UTILIZE O DESCRITIVO PADRONIZADO DE ACORDO COM A CIB Nº 315/2013**



Exemplo paciente sonda:

Dieta enteral polimérica, hipercalórica (1.5 kcal/ml), hiperproteica, om fibras, isenta de sacarose, lactose e gluten. Crianças de 7 a 12 anos.

Exemplo paciente APLV:

Fórmula extensamente hidrolizadas para lactentes sem lactose.



Lembrando que são apenas exemplos do próprio descritivo, a descrição deve ser feita de acordo com a necessidade de cada paciente.



INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- Se é ou não para controle glicêmico
- Se é com ou sem lactose
- Se é com fibras ou sem fibras
- Se é isenta de glúten, colesterol ou sacarose.



NÃO SERÃO ATENDIDOS DESCRITIVOS COM NOME COMERCIAL.



Para pacientes com APLV, o laudo médico e o nutricional precisam solicitar a mesma Fórmula, em caso de 2º opção, também devem ser iguais.

DATA E ASSINATURA



DATA: O laudo médico, precisam ser atualizados, dos últimos 30 dias.

Assinaturas/carimbos: Legíveis, para que seja possível identificar o nome do profissional e o número do CRM.



Para pacientes com APLV, é obrigatório que médico possua Registro de Qualificação de Especialidade (RQE).

Exemplo de especialidade para diagnóstico de APLV:

- Pediatra
- Gastroenterologista
- Alergista



O laudo médico só será aceito se o médico tiver o registro do CRM no Tocantins.