



## 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: 3027-4579.**

(QUADRA - 104 N, Av. LO - 04, L - 46, Palmas – TO). Email: [dafaalimentato@saude.to.gov.br](mailto:dafaalimentato@saude.to.gov.br)



**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:

	<b>Devolver</b> à Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado/Núcleo de Nutrição o produto alimentar recebido, <b>em caso de não mais haver necessidade de utilização do mesmo, nas mesmas condições em que recebi</b> , e dentro do prazo de validade;
	<b>Manter atualizado</b> telefone de contato junto à Diretoria de Assistência Farmacêutica do Estado/Núcleo de Nutrição;
	<b>Apresentar laudos médico e nutricional atualizados, a cada 90 dias para renovação do processo;</b>
	<b>Atualizar</b> documentação em caso de mudança de município de residência (dentro do estado), mudança de nome ou via de documentos pessoais;
	<b>Comprometo-me a entregar toda a fórmula e/ou dieta fornecida pela Assistência Farmacêutica para utilização do paciente em questão</b> , nas mesmas condições físicas, de temperatura e do uso a que foram responsabilizadas, além de repassar todas as informações que foram apresentadas durante a dispensação das mesmas.

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local de atendimento  
(Unidade de Saúde de atendimento)

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local de atendimento

Nutricionista/CRN

(Unidade de Saúde de atendimento)



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

**Criança e Adolescente em uso de dieta enteral exclusiva:**

<b>Características fórmulas Padronizadas</b>
Dieta infantil, <b>polimérica, hipercalórica</b> (1.5kcal/ml), <b>normoproteica, com fibras</b> , isenta de sacarose, lactose e glúten. (apresentação frascos). Crianças de 1 – 6 anos.
Dieta infantil, <b>polimérica, normocalórica</b> (1.0kcal/ml), <b>normoproteica, com fibras</b> , isenta de sacarose, lactose e glúten. (apresentação frascos). Crianças de 7- 10 anos.
Dieta infantil, <b>polimérica, normocalórica ou hipercalórica, normoproteica, sem fibras</b> , isenta de glúten, colesterol e lactose. (apresentação lata).
Dieta infantil, <b>oligomérica, normoproteica, à base de peptídeos e aminoácidos livres</b> , isenta de glúten e lactose. Crianças até 10 anos. (apresentação lata)
Dieta infantil, <b>hipercalórica, hiperproteica</b> , com nucleotídeos e prebióticos. Isenta de glúten. Crianças de 0 a 36 meses.
Dieta infantil, à base de aminoácidos livres, para situações metabólicas especiais. (apresentação lata).

**Adulto em uso de dieta enteral exclusiva**

<b>Características fórmulas Padronizadas</b>
Dieta <b>polimérica, hipercalórica</b> (1.5kcal/ml), <b>normoproteica</b> , com fibras, isenta de lactose, sacarose e glúten. (apresentação sistema aberto).
Dieta <b>polimérica, normocalórica</b> (1.0 a 1.2kcal/ml) <b>normoproteica com fibras</b> , isenta de lactose, sacarose e glúten. (apresentação sistema aberto).
Dieta <b>polimérica, normocalórica</b> (até 1.2kcal/ml), <b>normoproteica, sem fibras</b> , isenta de lactose, sacarose e glúten. (apresentação sistema aberto).
<b>Dieta polimérica, normocalórica (até 1.2kcal/ml), hiperproteica (&gt;20%) com imunomoduladores, isenta de lactose e glúten. (apresentação frasco).</b>
Dieta enteral <b>polimérica, normocalórica</b> (até 1,2kcal/ml), <b>normoproteica, com fibras</b> , para <b>controle glicêmico</b> , isenta de lactose, sacarose e glúten. (apresentação sistema aberto).
Dieta polimérica, <b>normocalórica, normoproteica</b> , altamente especializada para portadores de <b>Doença de Crohn</b> . (apresentação lata)

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

<b>Características fórmulas Padronizadas</b>
Fórmulas infantis para lactentes e de seguimento à <b>base de proteína isolada de soja</b>
Fórmulas <b>extensamente hidrolisada</b> para lactentes <b>com</b> lactose
Fórmulas <b>extensamente hidrolisada</b> para lactentes <b>sem</b> lactose
Fórmulas infantis à <b>base de aminoácidos livres</b> para lactentes



## AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE DIETA / FÓRMULA

(a ser emitida em caso de impossibilidade do responsável 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