



FÓRMULA DE DIETA ESPECIAL ADULTO E IDOSO

- () Cópia do cartão SUS de Goiânia;
- () Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF) – se a abertura do processo for feita por um responsável e não pelo requerente, necessário anexar cópia do RG do responsável;
- () Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até 90 dias à abertura do processo) – caso o comprovante de endereço esteja no nome do cônjuge, anexar **cópia da certidão de casamento**;
- () Receita original do profissional (médico ou nutricionista) em formulário do SUS com consulta regulada – contendo nome e carimbo do estabelecimento solicitante, quantidade de fórmula especial necessária para 01 mês, modo de usar, nº de etapas/dia, volume e quantidade de produto por etapa (colher e/ou grama e/ou ml) e insumos; **Obs.: não deverá constar nomes de marcas comerciais (Conforme Portaria SMS nº 271 de 29 de dezembro de 2011);**
- () Relatório original do profissional (médico ou nutricionista) em formulário do SUS com consulta regulada – contendo idade do paciente, duração da doença, histórico clínico detalhado justificando a necessidade da dieta e insumo em questão e previsão do tempo de uso;
- () Formulário para solicitação da fórmula de dieta especial adulto e idoso - fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

OBSERVAÇÕES:

- Receita e Relatório deverão ser do mesmo profissional, apresentados **SEPARADAMENTE**, devidamente assinados, carimbados e datados;
- SUS – Tele Agendamento: 0800-646 1560 ou se for área de abrangência de CSF procurar a Unidade para agendar consulta. **Imprescindível a consulta regulada pela Rede do Sistema Único de Saúde.**



Cálculo do dia alimentar habitual (preenchimento por nutricionista):

	VET	PTN (g/kg/dia)	PTN (%)	CHO (%)	LIP (%)
Ingestão					

Peso: _____ () Estimado () Aferido () Referido

Estatura: _____ () Estimado () Aferido () Referido

CB: _____ adequação da CB: _____

IMC: _____ Classificação: _____

Adequação de Peso: _____

Cálculo das necessidades nutricionais:

Necessidades energéticas:
Necessidades protéicas:

Preencher do item 1 ao 14 somente se estiver em Terapia Nutricional Enteral:

1) Qual dieta industrializada já utilizou? Qual tempo de uso? Qual o resultado obtido? _____

2) Já utilizou dieta artesanal? Qual tempo de uso? Qual resultado obtido? _____

3) Fórmula solicitada: _____

4) Quantidade de proteína a ser atendida _____

5) Valor energético total a ser atendido _____

6) Posição de sonda _____

7) Modo de administração: () Em bolos () Gravitacional

8) Quantidade diária da fórmula solicitada: _____

9) Número, volume e horários de cada etapa: _____

10) Quantidade de fórmula por etapa (colher medida e gramas ou ml) _____



11) Quantidade mensal _____

12) Tempo de tratamento proposto _____

13) Há previsão de evolução para VO exclusiva? () Sim () Não

14) Se sim, qual a previsão? _____

Preencher do item 15 ao 20 somente se há presença de úlcera por pressão:

15) Há quanto tempo há presença de úlcera por pressão _____

16) Qual a fórmula industrializada já utilizou? Qual o tempo de uso? Qual resultado obtido _____

17) Fórmula solicitada _____

18) Quantidade de proteína a ser atendida _____

19) Valor energético total a ser atendido _____

20) Tempo de tratamento proposto _____

Preencher do item 21 ao 24 somente se há presença de disfagia:

21) Quantidade diária da fórmula solicitada _____

22) Número, volume e horário de cada etapa _____

23) Quantidade de fórmula por etapa (colher medida e gramas ou ml) _____

24) Quantidade mensal _____

**OBS.: ESTE FORMULÁRIO É UM DOCUMENTO QUE DEVE SER DEVIDAMENTE
PRENCHIDO POR PROFISSIONAL HABILITADO. AS INFORMAÇÕES SERÃO
VERIFICADAS POSTERIORMENTE.**

Dados do Profissional Solicitante:

Nome: _____

Telefone de contato: () _____ Email: _____

Goiânia, _____ de _____ de 2018.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante