



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 e CPF do responsável;****
- () **Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo com validade até 90 dias à abertura do processo)**
- () **Comprovante de renda Familiar – Anexar comprovantes de renda (contracheque ou declaração de renda) de todo o Grupo Familiar; (Conforme Protocolo nº 0855762/2022 publicado no D.O.M. de 09 de janeiro de 2023);**
- () **Cadastro em programa social de baixa renda – Anexar extrato com número de inscrição social (NIS) do grupo familiar no Cadastro Único para Programas Sociais de baixa renda (CRAS, SEMAS ou outro similar – ligar 3524-2635/ 3524-2691). (Conforme Protocolo nº 0855762/2022 publicado no D.O.M. de 09 de janeiro de 2023);**
- () **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 Protocolo nº 0855762/2022 publicado no D.O.M. de 09 de janeiro de 2023);**
- () **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;
- **NA AUSÊNCIA DE QUAISQUER DOCUMENTOS, O PROCESSO NÃO SERÁ PROTOCOLADO.**
- 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.**



FORMULÁRIO DE FÓRMULA DIETA ESPECIAL ADULTO E IDOSO

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Telefone: _____

Endereço: _____

Diagnóstico: _____

Outros diagnósticos: () DM () HAS () Outros Quais? _____

Histórico de doença: _____

Condição: () Acamado () Cadeirante () Deambulante

Exames: _____

Medicamentos: _____

Hábito intestinal: _____

Ingestão hídrica: _____

Dia alimentar habitual:

Horário	Alimento / Fórmula	Qtde (g ou ml)	Medida caseira



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
PREENCHIDO POR PROFISSIONAL HABILITADO. AS INFORMAÇÕES SERÃO
VERIFICADAS POSTERIORMENTE.**

Dados do Profissional Solicitante:

Nome: _____

Telefone de contato: () _____ Email: _____

Goiânia, _____ de _____ de 20_____.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante