FÓRMULA DE DIETA ESPECIAL CRIANÇA E ADOLESCENTE

( ) 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 clinico detalhado justificando a necessidade da dieta e insumo em questão e previsão do tempo de uso;

( ) Formulário para solicitação da fórmula de dieta especial criança e adolescente - 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.**

www.goiania.go.gov.br

FORMULÁRIO PARA FÓRMULA DE DIETA ESPECIAL CRIANÇA E ADOLESCENTE

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: _____
P/I:_____ E/I:_____ P/E:_____

IMC/I: _____Diagnóstico Nutricional: _____
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 estiver com desnutrição secundária e alimentação via oral:

15) Qual a fórmula industrializada já utilizou? Qual o tempo de uso? Qual resultado obtido_____
_____

16) Já utilizou suplementação artesanal? Qual 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 26 somente se há presença de úlcera por pressão:

21) Há quanto tempo há presença de úlcera por pressão?_____
_____

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

23) Fórmula solicitada_____
_____

24) Quantidade de proteína a ser atendida_____
25) Valor energético total a ser atendido_____
26) Tempo de tratamento proposto_____

Preencher do item 27 ao 30 somente se há presença de disfagia:

27) Quantidade diária da formula solicitada_____
_____

28) Número, volume e horários de cada etapa_____
_____
_____

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

30) 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