



FÓRMULA DE DIETA ESPECIAL INFANTIL - LEITE

- () **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;**
- () **Cópia do gráfico da curva de crescimento (peso x idade – padrão OMS-2006/2007) - contido do cartão de vacinas da criança;**
- () **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 infantil - leite - 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.**



Nome: _____

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

Endereço: _____

Foi prematuro? Não () Sim () Peso nascimento: _____

Idade de início dos sintomas: _____

Idade de introdução de leite de vaca (LV): ____ Fórmula ____ LV integral ____

Idade de introdução de: Soja: ____ Hidrolisado: ____ Fórmula aminoácido: ____

Sinais e Sintomas:

Idade início dos sintomas: _____

Tempo de latência após ingestão leite para sintomas: () < 2 horas () > 2 horas

PELE:	TRATO RESPIRATORIO:	TRATO GI:	OUTROS:
<input type="checkbox"/> Urticária <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> SÃO <input type="checkbox"/> Demartite	<input type="checkbox"/> BCE <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Rinite orofaringe <input type="checkbox"/> Rinite e coriza nasal <input type="checkbox"/> Edema de laringe	<input type="checkbox"/> Dor abdominal / cólica <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Vômitos / náuseas <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes <input type="checkbox"/> Refluxo / Regurgitação / Soluços	<input type="checkbox"/> Anafilaxia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Baixo ganho de peso <input type="checkbox"/> Inapetência

Resumo da evolução clínica e histórica atual: _____

Troca de fórmula: Qual fórmula já usou, quando (idade), qual tempo de uso, resultado: _____

Teste de provocação: qual fórmula ou leite, quando, qual o tempo de uso, resultado:

Medicações em uso: _____

Comorbidades: _____

Exames importantes e mais recentes (colocar data): _____



Avaliação nutricional: Peso: _____ Percentil: _____ Estatura: _____

OBS.: ANEXAR CURVA PESO E ESTATURA PADRÃO OMS 2006 PREENCHIDA

Diagnóstico Principal:

- () APLV ___ IgE mediada ___ não IgE mediada ___ mista () Anafilaxia
() Alergia a soja
() Intolerância lactose
() Alergia Alimentar Múltipla
() Esofagite / gastroenteropatia Eosinofílica

Outros Diagnósticos:

- () DRGE
() Sd disabsortiva
() Bebê chiador
() Atopia – asma / rinite / dermatite atópica
() Outros: _____

Fórmula solicitada:

- () Proteína do leite de vaca sem lactose
() Soja
() Extensamente hidrolisada com lactose
() Extensamente hidrolisada sem lactose
() Aminoácidos menor que 1 ano
() Aminoácidos maior que 1 ano

Quantidade diária / volume / número vezes ao dia: _____

Quantidade Mensal (latas): _____

Tempo de tratamento proposto: _____

Programação de desencadeamento (fórmula/tempo): _____

**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 2020.

Carimbo e assinatura do profissional solicitante