



---

## **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:
( ) Urticária ( ) Angioedema ( ) Prurido ( ) Rash ( ) SÃO ( ) Demartite	( ) BCE ( ) Tosse ( ) Prurido ( ) Rinite orofaringe ( ) Rinite e coriza nasal ( ) Edema de laringe	( ) Dor abdominal / cólica ( ) Diarréia ( ) Constipação ( ) Vômitos / náuseas ( ) Distensão abdominal ( ) Flatulência ( ) Sangue nas fezes ( ) Refluxo / Regurgitação / Soluços	( ) Anafilaxia ( ) Cefaléia ( ) Otite ( ) Baixo ganho de peso ( ) 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 2018.

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e assinatura do profissional solicitante**