



---

## **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 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 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;
- 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: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_



**PREFEITURA  
DE GOIÂNIA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Superintendência de Gestão de Redes de Atenção à Saúde  
Diretoria de Redes Temáticas  
Gerência de Bens Não Padronizados

---

**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**

---

**Gerência de Bens Não Padronizados**

Paço Municipal, Av. do Cerrado nº 999 - Bloco D - Park Lozandes - Goiânia - GO CEP 74.884-900

Fone: (62) 3524-1538 | (62) 3524-1687

e-mail: gbnp.smsgoiania@gmail.com