

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ALIMENTAR ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome do usuário:		
Data de nascimento: / /	Idade:	
CNS:	RG:	CPF:
Raça/cor:	Sexo: F () M ()	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		
Nome do responsável:		
Grau de parentesco:		
Endereço (Rua, nº, CEP):	Telefone: () ()	CPF:
		RG:
Município:	Email:	

Data: / /

Assinatura do responsável

***Anexar os documentos de identidade ou certidão de nascimento da criança, cartão do SUS da criança, relatório médico e nutricional (com prescrição dietética, horários e quantidade de fórmula a ser utilizado). Documento de identidade e CPF do responsável pela criança. Comprovante de residência, exames médicos complementares.**

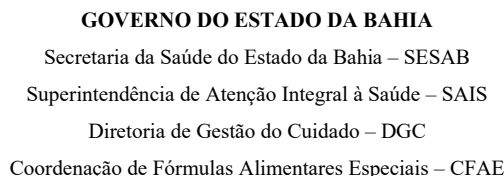
**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ALIMENTAR ESPECIAL (FNE) PARA
DOENÇAS RARAS – ERRO INATO DO METABOLISMO**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
Nome:	
Data de nascimento: / /	CNS:
Raça cor:	Sexo: F () M ()
Nome do responsável:	CPF do responsável:
AVALIAÇÃO MÉDICA	
Diagnóstico:	CID10:
Teste de Triagem Neonatal (registrar exame alterado):	Exame de Comprovação Diagnóstica:
Manifestações clínicas:	Idade do diagnóstico:
Receituário médico com especificações da fórmula solicitada:	Medicações em uso:
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Nome do profissional:	
Nome do estabelecimento:	
CRM:	CNES:

Data: / /

Assinatura e carimbo

***Anexar os documentos de identidade ou certidão de nascimento da criança, cartão do SUS da criança, relatório médico e nutricional (com prescrição dietética, horários e quantidade de fórmula a ser utilizado). Documento de identidade e CPF do responsável pela criança. Comprovante de residência, exames médicos complementares.**



IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
Nome:			
Data de nascimento: / /		CNS:	
Raça/cor:		Sexo: F () M ()	
Nome do responsável:		CPF do responsável:	
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL			
Peso (kg): () atual () estimado		Percentil crescimento:	
Estatura (cm): () atual () estimado		Perímetro cefálico:	
IMC:			
Diagnóstico nutricional:		Exame físico:	
PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL			
Necessidades Nutricionais:		VET (Kcal/dia)	
Justificativa para Terapia Nutricional:			
Via de administração da fórmula		Oral ()	Sonda nasoenteral () Gastrostomia ()
Descrição da fórmula solicitada:		Quantidade total de latas/unidades por mês	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do profissional:			
Nome do estabelecimento:			
CRN:		CNES:	

Assinatura e carimbo

*Anexar os documentos de identidade ou certidão de nascimento da criança, cartão do SUS da criança, relatório médico e nutricional (com prescrição dietética, horários e quantidade de fórmula a ser utilizado). Documento de identidade e CPF do responsável pela criança. Comprovante de residência, exames médicos complementares.

SESAB / SAIS / DGC / CFAE

ENDEREÇO: Av. Luís Viana Filho, 4ª Avenida, Plataforma 06, Lado A, 12º Andar – CAB/Paralela
SALVADOR – BAHIA / CEP: 40.750.300 - Telefone: (71) 3115-4282 e-mail: dgc.cfac@saude.ba.gov.br