

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 FÓRMULA ALIMENTAR ESPECIAL PARA
CRIANÇAS COM ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE – APLV**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
Nome:	
Data de nascimento: / /	CNS:
Raça cor:	Sexo: F () M ()
Nome do responsável:	CPF do responsável:
AVALIAÇÃO MÉDICA	
Diagnóstico médico/Suspeita diagnóstica	
História clínica:	
Condutas adotadas/Intervenções dietéticas:	
Receituário médico com especificações da fórmula solicitada:	
INFORMAÇÕES SOBRE A PATOLOGIA	
	CID:
Alergia alimentar:	
Manifestações cutâneas: () Urticária () Angioedema () Pruridos () Outros	
Observações:	

***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.**

Manifestações gastrointestinais:

- () Dor abdominal
() Diarreia
() Constipação
() Vômitos/náuseas
() Distensão abdominal
() Sangue nas fezes
() Refluxo
() Outros

Observações:

Manifestações respiratórias:

- () Broncoespasmo
() Tosse
() Rinite
() Edema de laringe
() Outros

Observações:

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do profissional:

CRM:

CNES:

Nome do estabelecimento:

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.**

**LAUDO NUTRICIONAL PARA FÓRMULA ALIMENTAR ESPECIAL PARA
CRIANÇAS COM ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE – APLV**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome:	
Data de nascimento: / /	CNS:
Raça/cor:	Sexo: F () M ()
Nome do responsável:	CPF do responsável:

INFORMAÇÕES SOBRE DIETA UTILIZADA NA VIGÊNCIA DOS SINTOMAS

Estava em aleitamento materno?

Sim () Não ()

Em caso afirmativo, foi orientado corretamente dieta de exclusão de proteínas do leite de vaca?

Sim () Não ()

Com a modificação da dieta materna, houve alteração do quadro clínico?

Sim () Não ()

Houve introdução de fórmulas lácteas?

Sim () Não ()

Em caso afirmativo, registrar

1. Motivo da indicação:
2. Idade do início do uso de fórmula:
3. Fórmulas já utilizadas:

Em caso de suspensão do aleitamento materno, justificar o motivo:

AValiação Nutricional

Histórico nutricional:	Exame físico:
------------------------	---------------

***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.**

Peso (kg): () atual () estimado Estatura (cm): () atual () estimado IMC:		Peso/Idade: Estatura/Idade:	
PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL			
Necessidades Nutricionais:		VET (Kcal/dia)	
Justificativa para Terapia Nutricional:			
Via de administração da fórmula		Oral ()	Sonda nasointestinal () Gastrostomia ()
Descrição da fórmula solicitada:		Quantidade total de latas/unidades por mês	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do profissional:			
CRN:			
Nome do estabelecimento:		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.**