



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS – LFN
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

| | | |
|--------------------------------------|--|------|
| Nome completo: | | |
| Sexo: () M () F | Data de nascimento (D.N): ____/____/____ | |
| CPF: | RG: | CNS: |
| Nome completo da Mãe: | | |
| Responsável: | DN do Responsável: | |
| CPF: | RG: | CNS: |
| Endereço: (rua,nº,bairro, município) | | |
| Telefone(s): | UF: | CEP: |
| E-mail: | | |
| Assinatura do Paciente: | Assinatura do Responsável: | |

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

| | |
|--|----------------------------------|
| Doença principal: | CID |
| Outro (s) Diagnóstico (s) : | CID's: |
| Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional: | |
| () Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo | () Síndrome de má absorção |
| () Afagia / Disfagia por doença neurológica | () Desnutrição moderada a grave |
| () Transtorno de mobilidade intestinal | () Outro: _____ |

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

| | | |
|---|--|------------|
| Peso (kg): _____ () atual () estimado | Estatura (cm) : _____ () atual () estimado | IMC: _____ |
| Laudo nutricional: _____ | | |

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| () VO | () TNE+VO | () TNE EXCLUSIVA | () TNE+TPP |
| Via de acesso | | | |
| Sonda: | () Nasogástrica | () Nasoentérica | () Gastrostomia () Jejunostomia |
| Descritivo da fórmula solicitada | Volume e fracionamento/dia | Total / Mês | |
| | | | |
| | | | |

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

| | | |
|--------------------------------------|---------|------|
| Nome do estabelecimento: | CNES: | |
| Nome do profissional: | CRM/CRN | |
| CPF: | CNS: | |
| Endereço (rua,nº,bairro, município): | | |
| Telefone(s): | UF: | CEP: |
| E-mail: | | |

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo (Médico)

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)

Campos para preenchimento em caso de Alergia às Proteínas do leite de vaca**Quadro clínico****Alergia Alimentar Classificação:**

IgE Mediada Não IgE Mediada Mista Sem definição

Data do início do quadro: ___/___/___

Manifestações cutâneas:

urticária prurido angioedema dermatite outros

Observações:

Manifestações gastrointestinais:

dor abdominal diarréia constipação vômitos/náuseas refluxo

Distensão abdominal sangue nas fezes outros

Observações:

Manifestações respiratórias:

broncoespasmo tosse rinite edema de laringe outros

Observações:

Exames Complementares (atuais)**IgE específica *in vivo* (PRICK TEST)**

alfa-lactoalbumina beta-lactoglobulina caseína leite de vaca soja

Data : ___/___/___

IgE específica *in vitro* (RAST)

alfa-lactoalbumina beta-lactoglobulina caseína leite de vaca soja

Data : ___/___/___

Avaliação gastrointestinal:

sangue oculto alfa-1-antitripsina fecal relação albumina/globulina

Data : ___/___/___

Anatomopatológico:

estômago esôfago duodeno reto

Data : ___/___/___

Prova de provocação oral / Teste de desencadeamento

Sim , data ___/___/___ Não

Data: ___/___/___

Assinatura e carimbo (Médico)

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)