



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 diarreia 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)