



## PROCEDIMENTOS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL POR PACIENTE DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS

### NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO

- Pacientes residentes no Estado de São Paulo;
- Tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial;
- Não será avaliada solicitação de fórmula de manipulação;
- Não será avaliada solicitação de medicamento de associações de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS;
- Somente será avaliada solicitação de medicamento ou nutrição enteral com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país;
- Não será avaliada solicitação de medicamentos utilizados no tratamento das doenças relacionadas na Resolução Normativa ANS 262, de 01-08-2011.

### DOCUMENTOS EXIGIDOS

<b>1. Receita médica</b> original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.
<b>2.</b> Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do <b>Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.</b>
<b>3.</b> Cópia comum do <b>CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência</b> com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável.
<b>4. Cópia dos exames</b> complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.

### ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO

Protocolar diretamente em um dos [17 Departamentos Regionais de Saúde](#), de acordo com a sua localidade.



**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**  
*Formulário para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral  
por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas*

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome completo:			
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
CPF:	RG:	CNS:	
Endereço:			Nº
Complemento:		Bairro:	
Município:		UF: SP	CEP:
Telefone (s): (    )			
E-mail:			
Possui Plano de Saúde: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual: _____			

**2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA**

2.1 Doença Principal:	CID:
Há quanto tempo:	
Outro (s) Diagnóstico (s):	CID (s):
2.2 Casos Oncológicos:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.</li></ul>
Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável:	
2.3 Informar data e resultados da realização dos exames complementares relevantes (anexar cópia):	
2.4 Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:	
<input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo.	
<input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por doença neurológica.	
<input type="checkbox"/> Transtorno de motilidade intestinal.	
<input type="checkbox"/> Síndrome de má absorção.	
<input type="checkbox"/> Desnutrição moderada à grave.	
<input type="checkbox"/> Outro(s): _____	

### 3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso:	Atual ( ) Estimado ( )	Peso há 6 meses:	IMC:
Altura:	Atual ( ) Estimado ( )	Perda de peso nos últimos 6 meses: %	
Circunferência do braço:		Prega cutânea tripectral:	
Possui úlcera por pressão? ( ) Sim ( ) Não			
Locais:		Grau:	
Observações complementares:			
3.1 Para crianças - Curvas de crescimento (especificar percentis):			
P/I:	E/I:	P/E:	

### 4. ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

4.1 Tipo de vias de administração da alimentação:

( ) VO (Crianças)                      ( ) TNE + VO                      ( ) TNE exclusiva                      ( ) TNE + NPP

4.2 Via de acesso:

Por Sonda:    ( ) Nasogástrica                      ( ) Nasoduodenal                      ( ) Nasojejunal  
Por Estomia: ( ) Gastrostomia                      ( ) Jejunostomia

4.3 Caso não utilize estomia para alimentação, justificar:

4.4 Nutrição enteral utilizada:

Denominação Genérica	Posologia	Tempo de tratamento

### 5. TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA

A - Fórmula padrão para lactentes:	C - Fórmula especializada para lactentes:
( ) Polimérica até 06 meses de idade (de partida)	( ) Elementar    ( ) Metabólica
( ) Polimérica maiores de 06 meses de idade (seguimento)	( ) Semielementar
B - Fórmula padrão (isenta de sacarose):	D - Fórmula especializada:
( ) Normocalórica, normoproteica	( ) Elementar
( ) Hipercalórica, hiperproteica	( ) Semielementar

## 6. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:

CNES:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Município:

UF: SP

CEP:

Telefone (s): ( )

Nome do médico:

CPF:

Nº CRM:

E-mail:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo (Nutricionista)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo (Médico)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Diretor/ Responsável da Instituição

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

## 7. USO RESTRITO DA SES/SP