
DIVISÃO DE MEDICAMENTOS MARIO DE SOUZA
FONE: 3545-6046

Segunda a Quinta na Sala 13
Horário de Atendimento: 08:00 às 13:00h

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSOS REFERENTES À AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS E FÓRMULAS INFANTIS (GASTROPEDIATRIA)

Portaria nº344/98 G.M.

MEDICAÇÃO: Receita médica ORIGINAL contendo: a quantidade de medicação necessária para um (1) mês, modo de usar (volumes e etapas), carimbo do médico ou profissional responsável com assinatura.

Obs.: O medicamento deve ser prescrito pelo princípio ativo - LEI FEDERAL Nº 9.878/99

FÓRMULA INFANTIL:

- Receita médica ORIGINAL contendo: a quantidade necessária para um (1) mês, modo de usar (volumes e etapas), carimbo do médico ou profissional responsável com assinatura;
- Relatório médico ORIGINAL contendo: diagnóstico detalhado e histórico do quadro clínico atual, indicando a previsão do tempo de uso e o CID – 10, devidamente carimbado e assinado pelo profissional solicitante.

Obs: A receita e o relatório médico deverão vir separadamente; e a fórmula deve ser prescrita pela descrição principal e não pelo nome comercial.

DOCUMENTAÇÃO:

- 1) XEROX: certidão de nascimento e cartão SUS da criança / identidade e CPF do responsável / comprovante de endereço residencial atualizado (água/luz/telefone) / curva de crescimento da criança para peso e altura (consta no cartão de vacina);
- 2) FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS (fornecido pela Divisão de Medicamentos da SMS): devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico responsável (prazo de trinta dias para entrega do formulário);
- 3) EXAMES (A CRITÉRIO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA):
 - Alergia/intolerância: exames complementares
 - Doença do refluxo: exames para refluxo gastro-esofágico
 - Gastrite/ esofagite: endoscopia seguida de biópsia

Obs.: A monitorização de exames e o laudo médico (receita e relatório) de 3 em 3 meses são obrigatórios.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE MEDICAMENTOS MARIO DE SOUZA
PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL ESPECIAL

*PACIENTE: _____

*Data de nascimento: _____ *Idade: _____

Foi prematuro? Não _____ Sim _____ Peso nascimento: _____

*Idade de Introdução de Leite de vaca (LV): _____ Fórmula: _____ LV integral: _____

Idade de introdução de: Soja: _____ Hidrolisado: _____ Fórmula aminoácido: _____

***Sinais e Sintomas:**

Idade início dos sintomas: _____

Tempo de latência após ingestão de leite para sintomas: < 2 horas > 2 horas

Pele:

- Urticária
- Angioedema
- Prurido
- Rash
- SAO
- Dermatite

Trato respiratório:

- BCE
- Tosse
- Prurido orofaríngeo
- Rinite e coriza nasal
- Edema de laringe

Trato GI:

- Dor abdominal / cólica
- Diarréia
- Constipação
- Vômitos /náuseas
- Distensão abdominal
- Flatulência
- Sangue nas fezes

- Refluxo / Regurgitação / Soluços

Outros

- Anafilaxia
- Cefaléia
- Otite
- Baixo ganho de peso
- Inapetência

*Resumo da evolução clínica e história atual: _____

*Troca de fórmula (qual fórmula já usou, com qual idade, qual o tempo de uso, resultado):

*Teste de provocação (qual fórmula ou leite, com qual idade, qual o tempo de uso, resultado):

*Medicações em uso:

*Comorbidades: _____

Exames importantes e mais recentes (colocar data):

***Avaliação nutricional: PESO: _____ escore-z _____ ESTATURA: _____ escore-z _____**

OBS: ANEXAR CURVA PESO E ESTATURA (PADRÃO OMS 2006-2007) PREENCHIDA

***Diagnóstico Principal:**

- () APLV ___ IgE mediada ___ não IgE mediada ___ mista () Anafilaxia
() Alergia a soja
() Intolerância a lactose
() Alergia Alimentar Múltipla
() Esofagite/ gastroenteropatia eosinofílica

***Outros diagnósticos:**

- () DRGE
() Síndrome disabsortiva
() Bebê chiador
() atopia – asma / rinite/ dermatite atópica
() Outros: _____

***Solicitação:**

- () Fórmula infantil a base de proteína isolada de soja
() Fórmula infantil extensamente hidrolisada com lactose
() Fórmula infantil extensamente hidrolisada sem lactose
() Fórmula infantil a base de aminoácidos livres para crianças de 0 a 3 anos de idade
() Alimento a base de aminoácidos livres para crianças de 3 a 10 anos de idade

Quantidade diária / volume / número de vezes ao dia _____

Quantidade mensal (latas) _____

Tempo de tratamento proposto: _____

***Programação de desencadeamento (fórmula/tempo):** _____

***Dados do Médico Solicitante:**

Nome: _____

CRM: _____ Telefone de contato: () _____

Carimbo: _____

Data: _____

(*)=PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO!!!