

1. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS ESPECIAIS PARA CRIANÇAS COM APLV E ALERGIA ALIMENTAR MÚLTIPLA

- a)** O responsável deverá apresentar relatório preenchido por médico pediatra, gastropediatra ou imunologista, conforme modelo disponível em anexo;
- b)** Receita médica atualizada contendo (nome do paciente, fórmula e posologia);
- c)** Cópia legível do RG (Registro Geral ou Certidão de Nascimento) da criança;
- d)** Cópia do acompanhamento da curva de crescimento;
- e)** Cópia CPF da criança (Cadastro de Pessoa Física);
- f)** Cópia do Cartão SUS atualizado (possuir cadastro ativo no serviço);
- g)** Cópia do documento de identidade do pai ou mãe e/ou responsável (caso não seja os pais, apresentar documentação que comprove a tutela);
- h)** Cópia e original do comprovante de residência de Aparecida de Goiânia atualizado (quando o comprovante não for em nome do paciente/responsável apresentar declaração com firma reconhecida em cartório de contrato de aluguel);
- i)** Preencher, assinar e entregar o formulário do paciente disponibilizado no site da Secretaria Municipal de Saúde na aba Farmácia de Alto Custo, conforme anexo I. No endereço Rua Manaus QD 12 Lt.07- Bairro Vera Cruz. Atendimento das 08 às 17 horas sem intervalo de almoço;



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL ESPECIAL

(ESTE FORMULÁRIO É UM DOCUMENTO QUE DEVE SER DEVIDAMENTE PREENCHIDO PELO MÉDICO ESPECIALISTA)

Paciente			
Endereço			
Telefones para contato			
Data de Nascimento	____/____/____	Idade	
Foi prematuro?	Não ☐ Sim ☐	Peso nascimento	

Sinais e sintomas:

Idade de Início dos sintomas		Qual leite teve reação alérgica?	☐ Leite de vaca ☐ Aminoácido	☐ Soja ☐ Outros	☐ Hidrolisado ☐ Amamentação Livre demanda
Tempo de latência após ingestão de leite para sintomas			☐ < 2 horas ☐ > 2 horas		
Trato Gastrointestinal	Trato Respiratório	Pele	Outros		
☐ Dor Abdominal/Cólica	☐ Broncoespasmo	☐ Urticária	☐ Anafilaxia		
☐ Diarreia	☐ Tosse	☐ Angioedema	☐ Cefaléia		
☐ Constipação	☐ Prurido Orofaringe	☐ Prurido	☐ Otite		
☐ Vômitos/ Náuseas	☐ Rinite e coriza nasal	☐ Rash	☐ Baixo ganho de peso		
☐ Distensão Abdominal	☐ Edema de laringe	☐ SAO	☐ Inapetência		
☐ Flatulência		☐ Dermatite	☐ Irritabilidade		
☐ Sangue nas fezes			☐ Recusa alimentar		
☐ Refluxo/ Regurgitação/ Soluços			☐ Fissura anal		
☐ Muco nas fezes					

1 – Descreva alimentação atual:

2 – Resultado do teste dos exames últimos 90 dias:

☐ IgE mediado _____	☐ Outro. Qual? _____/_____
☐ IgE não mediado _____	☐ Teste de Provocação Oral (TPO) _____

3 –Medicação em uso?

☐ Sim ☐ Não
Qual? _____

4 – Comorbidades?

☐ Sim ☐ Não
Qual? _____



5 – Avaliação nutricional Peso: _____ Estatura: _____ Escore-z _____

6 – Diagnóstico principal:

- ☐ APVL _____ IgE mediada _____ não IgE mediada _____ mista
- ☐ Intolerância a lactose
- ☐ Alergia alimentar múltipla
- ☐ Outros Qual: _____ CID _____

7 – Resumo da Evolução clínica desde nascimento

Justificativa: _____

FÓRMULA SOLICITADA	IDADE	QTD de latas	TEMPO INICIAL DE TRATAMENTO
☐ Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específica à base de aminoácidos livres (FAA)	0 A 3 ANOS		
☐ Fórmulas infantis à base de proteína de soja (FS)	A Partir de 6 meses		
☐ Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) COM LACTOSE	A partir de 0		
Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) SEM LACTOSE	A partir de 0		

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____

CRM: _____ Telefone de Contato: _____

Data ____/____/____ Carimbo e assinatura: _____

Assinatura do pai e/ou mãe e/ou responsável, local e data

☐ Indefenido

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Nome: _____

CRM: _____ Telefone de Contato: _____