



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 ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, Resolução Normativa ANS 387, de 29-10-2015.

DOCUMENTOS EXIGIDOS

- 1. Receita médica** original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.
- 2. Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.**
- 3. Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência** com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável.
- 4. Cópia dos exames** complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.
- 5. Relatório médico justificando a necessidade do item** não preconizado no SUS e **Declaração de inexistência de conflito de interesses** em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015).



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: () Masculino () Feminino Data de nascimento: _____ / _____ / _____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Endereço: _____ N° _____

Complemento: Bairro:

Município: _____ UF: SP CEP: _____

Telefone (s): ()

E-mail:

Possui Plano de Saúde: () Não () 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:

- Anexar cópia do anatomo-patológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

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:

- () Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo.
() Afagia / Disfagia por doença neurológica.
() Transtorno de motilidade intestinal.
() Síndrome de má absorção.
() Desnutrição moderada à grave.
() Outro(s):

3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso:	Atual (<input type="checkbox"/>) Estimado (<input type="checkbox"/>)	Peso há 6 meses:	IMC:
Altura:	Atual (<input type="checkbox"/>) Estimado (<input type="checkbox"/>)	Perda de peso nos últimos 6 meses: %	
Circunferência do braço:	Prega cutânea tricipital:		
Possui úlcera por pressão? (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não			
Locais:	Grau:		
Observações complementares:			

3.1 Para crianças - Curvas de crescimento (especificar percentis):

P/T: E/T: 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