



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Laudo 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: _____ Nº _____

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 anatomopatológico 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 () Estimado ()	Peso há 6 meses:	IMC:
Altura:	Atual () Estimado ()	Perda de peso nos últimos 6 meses: %	
Circunferência do braço:		Prega cutânea tricipital:	

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:

() Polimérica até 06 meses de idade (de partida)
() Polimérica maiores de 06 meses de idade (seguimento)

C - Fórmula especializada para lactentes:

() Elementar () Metabólica
() Semielementar

B - Fórmula padrão (isenta de sacarose):

() Normocalórica, normoproteica
() Hipercalórica, hiperproteica

D - Fórmula especializada:

() Elementar
() 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