



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: \_\_\_\_\_ 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:<br>% |      |
| 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