



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Nota Técnica CAF nº 5, de 22 de outubro de 2020**

**Assunto:** Orientações sobre o Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) e Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais.

**Anexo 02 - Regras para elaboração correta e completa da Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais**

- **Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais de preenchimento manual:**
  - Preencher todos os campos de forma legível, evitando siglas;
  - Utilizar preferencialmente apenas uma cor de caneta;
  - Não deve haver rasura.
- **Campos de A a E da Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais: Preenchimento exclusivo pelo médico que acompanha a criança**
  - Campo (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – **Data da primeira consulta:** preencher com a data da primeira consulta, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Data da primeira consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Campo (A,a) – **Nome, Data de nascimento, Nome da mãe e CNS do paciente**
  - **Nome:** preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.
    - a. Nome: \_\_\_\_\_
  - **Data de nascimento:** preencher com a data do nascimento do paciente, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.
    - Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - **Nome da mãe:** preencher com o nome completo da mãe do paciente.
    - Nome da mãe: \_\_\_\_\_
  - **CNS do paciente:** preencher com o número do CNS do paciente:

CNS do paciente: \_\_\_\_\_
- Campo (A,b) - **Nome do Profissional:** preencher com o nome completo do profissional solicitante que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

b. Nome do profissional: \_\_\_\_\_





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Campo (A.c) Nome da instituição e CNES
  - **Nome da instituição:** preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de Fórmulas Infantis Especiais.

c. Nome da instituição: \_\_\_\_\_

- **CNES (Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde):** preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de Fórmulas Infantis Especiais.

**CNES:** \_\_\_\_\_

- Campo (A.d) Solicitação e Quantidade/mês
  - **Solicitação:** preencher com o(s) nome(s) da(s) Fórmula(s) solicitada(s), de acordo com o descrito nos Protocolos e Normas Técnicas Estaduais.

**d. Solicitação:** \_\_\_\_\_

- **Quantidade solicitada:** preencher com a quantidade da(s) Fórmula(s) solicitada(s) para cada mês de tratamento. Preencher com a quantidade a ser utilizada por mês pelo paciente. Ex. "5" latas.

**Quantidade/mês:** \_\_\_\_\_

- Campo **CID-10:** preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que corresponde à doença/agravo que motivou a solicitação da(s) Fórmula(s), com uma letra e três números (Grupo e Subgrupo).

**CID:** \_\_\_\_\_

Observação: Para cada CID-10, deverá ser elaborado uma Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais diferente.

- Campo **Diagnóstico:** diagnóstico da doença que motivou a solicitação da(s) Fórmula(s), descrito com base na denominação da CID-10.

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- o Campo B (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Campo **Sinais e sintomas clínicos presentes**: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.

B) Sinais e sintomas clínicos presentes:						
	Idade inicial	Tempo latência	Duração	Frequência	Último episódio	Tratamento recebido
<b>Sintomas cutâneos</b>						
<input type="checkbox"/> urticária						
<input type="checkbox"/> prurido						
<input type="checkbox"/> rush						
<input type="checkbox"/> angioedema						
<input type="checkbox"/> dermatite						
<b>Sintomas gastrointestinais</b>						
<input type="checkbox"/> dor abdominal						
<input type="checkbox"/> diarreia						
<input type="checkbox"/> constipação intestinal						
<input type="checkbox"/> vômito/ náusea						
<input type="checkbox"/> distensão abdominal						
<input type="checkbox"/> flatulência						
<input type="checkbox"/> sangue nas fezes						
<input type="checkbox"/> refluxo						
<b>Sintomas respiratórios</b>						
<input type="checkbox"/> broncoespasmo						
<input type="checkbox"/> tosse						
<input type="checkbox"/> prurido orofaríngeo						
<input type="checkbox"/> rinite e coriza nasal						
<input type="checkbox"/> edema de laringe						
<b>Outros</b>						
<input type="checkbox"/> anafilaxia						
<input type="checkbox"/> cefaléia						
<input type="checkbox"/> edema labial						
<input type="checkbox"/> otite						
<input type="checkbox"/> edema ocular						

Observação: Neste campo, o médico deverá inserir informações que justifiquem e comprovem a indicação de tratamento, considerando as diretrizes nos Protocolos e Normas Técnicas Estaduais.

- o Campo **Especifique os sintomas mais exacerbados**: o prescrito deverá fazer um breve relato do caso.  
 Especifique os sintomas mais exacerbados

---



---



---





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- o Campo C (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Campo **Exames subsidiários realizados (mais recentes)**: preencher cada campo sem rasuras. A data deve ser registrada no modelo dd/mm/aaaa.

C) Exames subsidiários realizados (mais recentes):			
Tipo		Data	Resultado
<b>Hipersensibilidade</b>			
( ) Sim ( ) Não	Prick-test leite de vaca		
( ) Sim ( ) Não	Prick-test soja		
( ) Sim ( ) Não	RAST leite de vaca		
( ) Sim ( ) Não	RAST alfa-lactoalbumina		
( ) Sim ( ) Não	RAST beta-lactoglobulina		
( ) Sim ( ) Não	RAST caseína		
( ) Sim ( ) Não	RAST soja		
<b>Avaliação gastrointestinal</b>			
( ) Sim ( ) Não	Sangue oculto		
( ) Sim ( ) Não	Alfa-1 antitripsina fecal		
( ) Sim ( ) Não	Relação albumina/globulina		
<b>Anatomopatológico</b>			
( ) Sim ( ) Não	Estômago		
( ) Sim ( ) Não	Esôfago		
( ) Sim ( ) Não	Duodeno		
( ) Sim ( ) Não	Reto		
<b>Outros</b>			
<b>Provocação</b>			

- o Campo D (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) – Campo **Avaliação da Condição Nutricional**:
  - o Campo (D.a) Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.  
 a. **Peso: \_\_\_\_\_ kg**
  - o Campo (D.b) Estatura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.  
 b. **Estatura: \_\_\_\_\_ cm**
  - o Campo (D.c) Criança no percentil de peso inferior a 10: Preencher conforme as curvas de percentis da Organização Mundial da Saúde (OMS).  
 c. **Criança no percentil de peso inferior a 10: ( ) Não ( ) Sim**
  - o Campo (D.d). Desaceleração da curva de peso: Preencher de acordo com o quadro clínico da criança. Se a resposta for SIM, preencher o campo últimos pesos e datas, conforme consulta mensal de acampamento. Se a resposta for NÃO, não será necessário o preenchimento do campo os últimos pesos e datas.

d. Desaceleração da curva de peso: ( ) Não ( ) Sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Caso **SIM** anote os últimos pesos e datas:

1. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg
2. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg
3. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Campo Data (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO): preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

DATA: \_ / \_ / \_

- Campo **CNS/ Médico Responsável**: Preencher com o número do CNS do médico solicitante.

**CNS / MÉDICO RESPONSÁVEL**

- Campo **CPF/ Médico Responsável**: Preencher com o número do CPF do médico solicitante.

**CPF / MÉDICO RESPONSÁVEL**

- Campos **Assinatura e carimbo**: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

Observação: Em caso de ausência de carimbo, o médico solicitante deve assinar e informar o número de registro no Conselho Regional de Medicina, considerando que seu nome já consta no campo.

- Campo F **Conduta**: **NÃO PREENCHER ESTE CAMPO É DE USO RESTRITO AOS TÉCNICOS DA SES/SP.**

