



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: _____ 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:	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