



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FORMULAS NUTRICIONAIS - LFN**

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome completo:		
Sexo: ( ) M ( ) F	Data de nascimento (D.N): ____ / ____ / ____	
CPF:	RG:	CNS:
Nome completo da Mãe:		
Raça/Cor/Etnia informada pelo paciente ou responsável: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena. Informar etnia:		
Responsável:		DN do Responsável:
CPF:	RG:	CNS:
Endereço: (rua,nº,bairro, município)		
Telefone(s):	UF:	CEP:
E-mail:		
Assinatura do Paciente:		Assinatura do Responsável:

**INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA**

Doença principal:	CID
Outro (s) Diagnóstico (s):	CID's:
Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional: ( ) Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo ( ) Síndrome de má absorção ( ) Afagia / Disfagia por doença neurológica ( ) Desnutrição moderada a grave ( ) Transtorno de mobilidade intestinal ( ) Outro:	

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Peso (kg): _____ ( ) atual ( ) estimado    Estatura (cm) : _____ ( ) atual ( ) estimado    IMC:
Laudo nutricional:

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL**

( ) VO      ( ) TNE+VO      ( ) TNE EXCLUSIVA      ( ) TNE+TPP		
Via de acesso Sonda:      ( ) Nasogástrica      ( ) Nasoentérica      ( ) Gastrostomia      ( ) Jejunostomia		
Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia	Total / Mês

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**

Nome do estabelecimento:	CNES:	
Nome do profissional:	CRM/CRN	
CPF:	CNS:	
Endereço (rua,nº,bairro, município):		
Telefone(s):	UF:	CEP:
E-mail:		

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e carimbo (Médico)

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

**(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)**

**Campos para preenchimento em caso de Alergia às Proteínas do leite de vaca****Quadro clínico****Alergia Alimentar Classificação:**

IgE Mediada     Não IgE Mediada     Mista     Sem definição

Data do início do quadro: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Manifestações cutâneas:**

urticária     prurido     angioedema     dermatite     outros

Observações:

**Manifestações gastrointestinais:**

dor abdominal     diarreia     constipação     vômitos/náuseas     refluxo

Distensão abdominal     sangue nas fezes     outros

Observações:

**Manifestações respiratórias:**

broncoespasmo     tosse     rinite     edema de laringe     outros

Observações:

**Exames Complementares (atuais)****IgE específica *in vivo* (PRICK TEST)**

alfa-lactoalbumina     beta-lactoglobulina     caseína     leite de vaca     soja

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**IgE específica *in vitro* (RAST)**

alfa-lactoalbumina     beta-lactoglobulina     caseína     leite de vaca     soja

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Avaliação gastrointestinal:**

sangue oculto     alfa-1-antitripsina fecal     relação albumina/globulina

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Anatomopatológico:**

estômago     esôfago     duodeno     reto

Data : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Prova de provocação oral / Teste de desencadeamento**

Sim , data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_     Não

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo (Médico)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

**(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)**