



## 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

<b>1. Receita médica</b> original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.
<b>2.</b> Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do <b>Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.</b>
<b>3.</b> Cópia comum do <b>CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência</b> com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável.
<b>4. Cópia dos exames</b> complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.
<b>5. Relatório médico justificando a necessidade do item</b> não preconizado no SUS e <b>Declaração de inexistência de conflito de interesses</b> em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015).



### 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