

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

<p>1. 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.</p>
<p>2. Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias (ou sem data).</p>
<p>3. Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015) com data inferior a 30 dias ou sem data.</p>
<p>4. Relatório médico justificando a necessidade do item não preconizado no SUS com data inferior a 30 dias ou sem data.</p>
<p>5. Cópia dos exames exigidos e/ou complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.</p>
<p>6. 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. Caso o formulário tenha sido assinado pelo Responsável, anexar cópia do RG e CPF do responsável.</p>
<p>Casos específicos mais comuns:</p> <p>7. GESTANTES: Laudo do Ultrassom e Data Provável do Parto no Relatório Médico;</p> <p>8. LISDEXANFETAMINA / METILFENIDATO: Relatórios interdisciplinares abrangendo as seguintes especialidades: Psicopedagogia (Pedagogia/Escolar), Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional;</p>



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