



### FLUXO DE ATENDIMENTO – SOLICITAÇÕES DE DIETA ENTERAL

Com o intuito de padronizarmos o fluxo de atendimento nas Unidades de Saúde para as solicitações de dieta enteral, recomendamos que sejam seguidos os seguintes passos, podendo ser adequados a critério da unidade e do nutricionista:

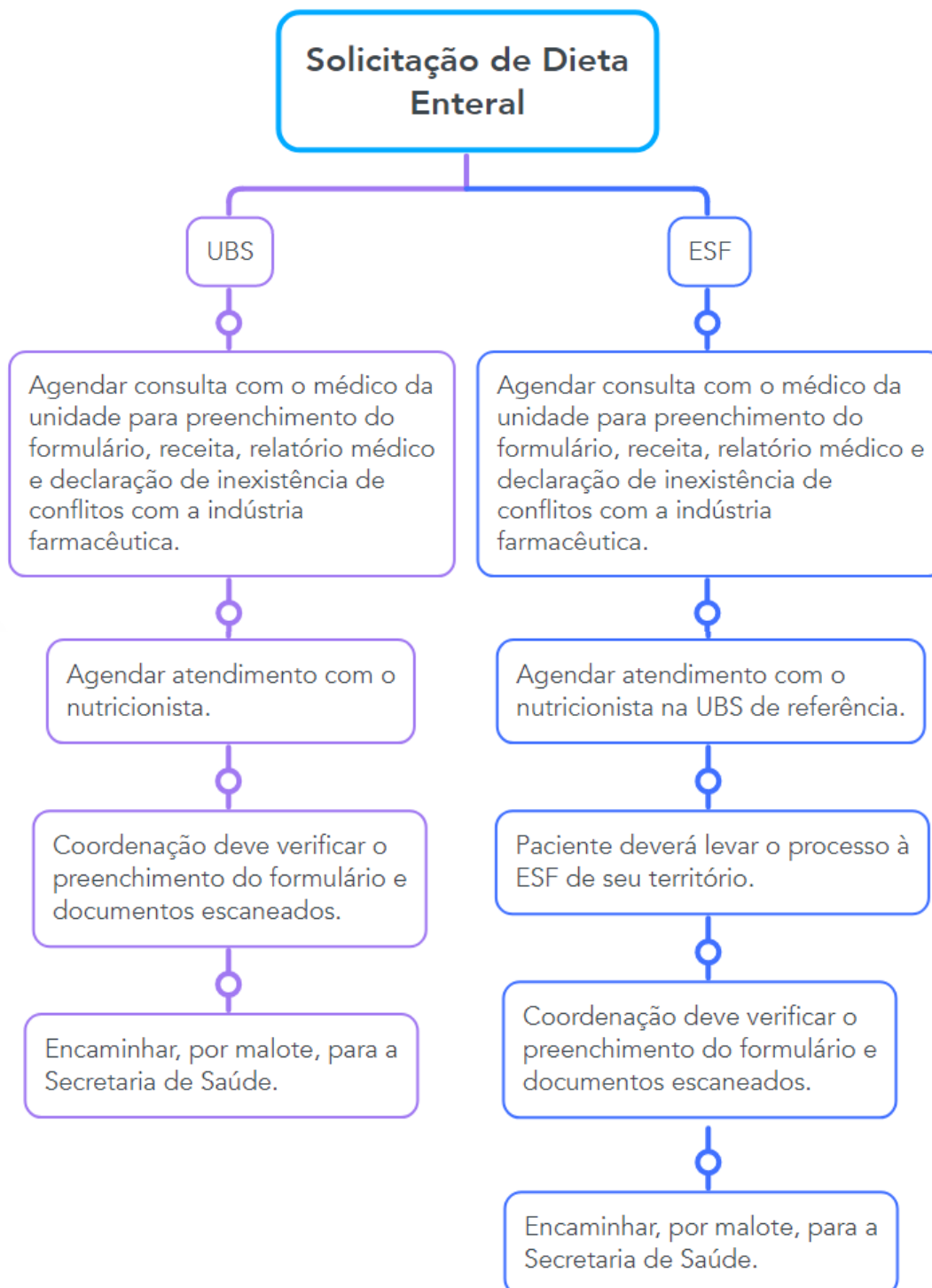
- 1º** Agendar consulta com o médico da unidade de saúde;
- 2º** Médico deverá preencher o formulário e carimbar todas as folhas, elaborar receita com data inferior a 30 dias, bem como o relatório e declaração de inexistência de conflitos com a indústria farmacêutica (modelos anexos);
- 3º** No caso de atendimento em UBS, o paciente deverá se dirigir à enfermagem/pós consulta, para orientação (enfermagem deverá fazer o checklist – verificar preenchimento médico, documentos e exames escaneados).  
No caso de atendimento em ESF, o paciente deverá dirigir-se à UBS de referência - com formulário médico e documentos preenchidos, para atendimento nutricional;
- 4º** Paciente irá passar por atendimento com nutricionista;
- 5º** Se pertencente ao território de UBS, paciente deverá entregar este processo para a própria coordenação da unidade, assim como no caso de pertencente à território de ESF, deverá levar esta solicitação para o coordenador da Estratégia Saúde da Família.
- 6º** Coordenação deverá verificar o preenchimento do formulário e os documentos escaneados e encaminhar por malote para o Departamento de Atenção Básica – A/C Laís. O envio para a SMS só deve ser feito após o atendimento nutricional, tendo em vista que a atuação dos nutricionistas está sendo feita nas Unidades Básicas de Saúde.

A verificação dos documentos e formulário necessários é de suma importância para que o processo tenha maior celeridade para o usuário, visto já ser uma solicitação que demora a ser atendida pelo Estado. Caso a unidade entenda necessário, poderá adequar o fluxo para seu melhor aproveitamento.

Segue anexo modelo para o correto preenchimento das informações necessárias, lembrando que o preenchimento de todos os campos é obrigatório:



## FLUXOGRAMA PARA A SOLICITAÇÃO DE DIETA ENTERAL





### ANEXO I

#### Informação para o paciente

- A nutrição enteral é fornecida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sendo a Secretaria Municipal de Saúde uma intermediária e, por isso, a resposta da Secretaria Estadual tem o prazo de aproximadamente 40 dias.
- Para consultar se a solicitação foi autorizada, ligar no telefone (18) 3302-2220, informando o CPF do paciente.
- A retirada da dieta é feita na Rua Carlos Gomes, esquina com a Rua Quintino Bocaiúva.
- Levar 1 via da receita com data inferior a 30 dias.

#### Horário de atendimento dos nutricionistas

NUTRICIONISTA	UNIDADE	DIA/HORÁRIO
HELTON	UBS Vila Operária	Seg – 07h às 13h
	UBS Ribeiro	Qua – 07h às 13h
JULIANA	UBS Maria Isabel	Seg – 07h às 13h
	UBS Bonfim	Qua – 07h às 13h
LUCIANA	UBS Fiúza	Seg – 11h às 17h
	UBS Jardim Paraná	Qua – 07h às 13h



### MODELO – DOCUMENTOS E FORMULÁRIO



Os documentos do paciente devem ser digitalizados sempre na horizontal e em uma página só (documento pessoal, CPF, cartão SUS e comprovante de residência). Em página separada, deve ser digitalizado o RG, CPF ou CNH do cuidador e/ou responsável.



Doc. emitido em: 04/04/2010 às 10:00:00  
Data de validade: 04/04/2010 às 10:00:00  
Data de emissão: 04/04/2010 às 10:00:00



**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><b>1. Formulário</b> para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as <b>assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.</b></p>
<p><b>2. Receita médica</b> original, em duas vias, legível e com <b>data inferior a 30 dias (ou sem data).</b></p>
<p><b>3. Declaração de inexistência de conflito de interesses</b> em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015) <b>com data inferior a 30 dias ou sem data.</b></p>
<p><b>4. Relatório médico</b> justificando a necessidade do item não preconizado no SUS com <b>data inferior a 30 dias ou sem data.</b></p>
<p><b>5. Cópia dos exames exigidos e/ou complementares</b> que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.</p>
<p><b>6. Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência com CEP.</b> Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da <b>certidão de nascimento.</b> Caso o formulário tenha sido assinado pelo Responsável, anexar cópia do <b>RG e CPF do responsável.</b></p>
<p><b>Casos específicos mais comuns:</b></p> <p><b>7. GESTANTES:</b> Laudo do Ultrassom e Data Provável do Parto no Relatório Médico;</p> <p><b>8. LISDEXANFETAMINA / METILFENIDATO:</b> Relatórios interdisciplinares abrangendo as seguintes especialidades: Psicopedagogia (Pedagogia/Escolar), Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional;</p>



### 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



**DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE EM RELAÇÃO À  
INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E/OU PESQUISA CLÍNICA**

Considerando o Código de Ética Médica (CEM Art. 109), a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM 1595/00 de 18/05/2000) e a Resolução SS nº83/15.

Declaro para os devidos fins que POSSUO (  ) NÃO POSSUO (  ) relação com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial, tais como recebimento de reembolso e/ou honorários para eventos científicos, palestras, consultorias, entre outros.

Você tem algum(ns) outro(s) interesse(s) conflitante(s)? Se for o caso, por favor, especifique.

(  ) Sim      Não (  )

Especifique:

---

---

---

---

---

Assinatura e carimbo com CRM

