

**FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS**  
**FICHA DE AVALIAÇÃO PARA O FORNECIMENTO**

**(Deve ser preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)**

Data da primeira consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**A) Identificação**

a. Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 b. Nome do Profissional: \_\_\_\_\_  
 c. Nome da Instituição: \_\_\_\_\_  
 d. Solicitação: \_\_\_\_\_

**B) Sinais e sintomas Clínicos presentes**

	Idade Inicial	Tempo Latência	Duração	Frequência	Último episódio	Tratamento recebido
--	---------------	----------------	---------	------------	-----------------	---------------------

**Sintomas cutâneos**

( ) urticária						
( ) prurido						
( ) rush						
( ) angioedema						
( ) dermatite						

**Sintomas gastrintestinais**

( ) dor abdominal cólica						
( ) diarréia						
( ) constipação intestinal						
( ) vômitos / náusea						
( ) distensão abdominal						
( ) flatulência						
( ) sangue nas fezes						
( ) refluxo						

**Sintomas respiratórios**

( ) Broncoespasmo						
( ) Tosse						
( ) Prurido orofaringe						
( ) Rinite e Coriza nasal						
( ) Edema de Laringe						

**Outros**

( ) Anafilaxia						
( ) Cefaléia						
( ) Edema labial						
( ) Otite						
( ) Edema ocular						

**\* Tempo necessário entre ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas**

Especifique os sintomas mais exacerbados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C) Exames subsidiários realizados (mais recentes):**

TIPO:	DATA:	RESULTADO:
-------	-------	------------

Hipersensibilidade:

( ) Sim ( ) Não	Princk-test leite de vaca	
-----------------	---------------------------	--

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prick-test soja		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST leite de vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST alfa-lactoalbumina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST beta-lactoglobulina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST caseína		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST soja		

#### Avaliação gastrointestinal

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangue oculto		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alfa-1 antitripsina fecal		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relação albumina/globulina		

#### Anatomopatológico

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estômago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Esôfago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Duodeno		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Retos		

Outros:	Provocação		

#### D) Avaliação da condição nutricional:

- a. Peso : \_\_\_\_\_ kg.
- b. Estatura: \_\_\_\_\_ cm.
- c. Criança no percentil de peso/idade inferior a 10:  Não  Sim
- d. Desaceleração da curva de peso:  Não  Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Caso **SIM** anote os últimos pesos e datas:
- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 1. Data: ____/____/____ | Peso: _____ kg. |
| 2. Data: ____/____/____ | Peso: _____ kg. |
| 3. Data: ____/____/____ | Peso: _____ kg. |

Data: ____/____/____	CNS/médico responsável																			
Carimbo:	CPF/médico responsável																			
Assinatura																				

#### F) Conduta: (uso restrito a SES-SP)

- a.  No momento, não preenche os critérios.
- b.  Liberado o fornecimento de fórmula especial de \_\_\_\_\_ latas, por \_\_\_\_\_ meses:  
(quantidade)
- Proteína isolada de soja;
- Fórmula extensamente hidrolisada
- Fórmula de aminoácido.
- c. Data do retorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Previsão do teste de provocação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo