

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ALIMENTAR ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome do usuário:		
Data de nascimento: / /	Idade:	
CNS:	RG:	CPF:
Raça/cor:	Sexo: F () M ()	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL		
Nome do responsável:		
Grau de parentesco:		
Endereço (Rua, nº, CEP):	Telefone: () ()	CPF:
		RG:
Município:	Email:	

Data: / /

Assinatura do responsável

***Anexar os documentos de identidade ou certidão de nascimento da criança, cartão do SUS da criança, relatório médico e nutricional (com prescrição dietética, horários e quantidade de fórmula a ser utilizado). Documento de identidade e CPF do responsável pela criança. Comprovante de residência, exames médicos complementares.**

**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ALIMENTAR ESPECIAL
PARA EPIDERMÓLISE BOLHOSA**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
Nome:	
Data de nascimento: / /	CNS:
Raça /cor:	Sexo: F () M ()
Nome do responsável:	CPF do responsável:
AVALIAÇÃO MÉDICA	
CID 10:	Antropometria
Uso de curativos: Sim () Não () Observações:	Peso (kg): () atual () estimado
	Estatura (cm): () atual () estimado
	IMC:
	Percentil crescimento:
INFORMAÇÕES SOBRE A PATOLOGIA	
Classificação da EB: Simples () Juncional () Distrófica () Outros () Quais?	
Já necessitou de internamentos: Sim () Não () Se sim, quantos? Data do último internamento?	
Extensão atual das lesões: Características das lesões: Superficiais () Profundas ()	
Outros locais de acometimento das lesões: Oral: Sim () Não () Esofágico: Sim () Não () Genito-urinário: Sim () Não ()	

*Anexar os documentos de identidade ou certidão de nascimento da criança, cartão do SUS da criança, relatório médico e nutricional (com prescrição dietética, horários e quantidade de fórmula a ser utilizado). Documento de identidade e CPF do responsável pela criança. Comprovante de residência, exames médicos complementares.

Deformidades articulares ou de extremidades: Sim () Não ()

Observações:

Outras complicações

Falhas no desenvolvimento: Sim () Não ()

Anemia: Sim () Não ()

Osteoporose: Sim () Não ()

Cardiomiopatia: Sim () Não ()

Amiloidose renal: Sim () Não ()

Carcinoma: Sim () Não ()

Observações

Receituário médico com especificações da fórmula solicitada:

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do profissional:

CRM:

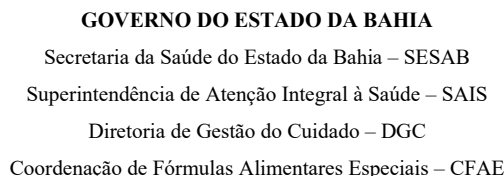
CNES:

Nome do estabelecimento:

Data: / /

Assinatura e carimbo

***Anexar os documentos de identidade ou certidão de nascimento da criança, cartão do SUS da criança, relatório médico e nutricional (com prescrição dietética, horários e quantidade de fórmula a ser utilizado). Documento de identidade e CPF do responsável pela criança. Comprovante de residência, exames médicos complementares.**



IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Data: / /

*Anexar os documentos de identidade ou certidão de nascimento da criança, cartão do SUS da criança, relatório médico e nutricional (com prescrição dietética, horários e quantidade de fórmula a ser utilizado). Documento de identidade e CPF do responsável pela criança. Comprovante de residência, exames médicos complementares.