



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO ESTADUAL DE FÓRMULA ENTERAL
PARA DISFAGIA**



I - DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (Preenchimento obrigatório dos campos abaixo):

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

CNS:

CPF:

IDADE:

PESO ATUAL (KG):

ALTURA (CM):

RAÇA/COR/ETNIA:

() BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA () INFORMAR ETNIA: _____

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:

II - FÓRMULA NUTRICIONAL (Preenchimento obrigatório dos campos abaixo):

DESCRIÇÃO DA FÓRMULA NUTRICIONAL	QUANTIDADE SOLICITADA					
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
FÓRMULA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL EM PÓ						

CID -10 PRINCIPAL : R13 + CID10 secundário: _____ **DIAGNÓSTICO: _____**

Anamnese: _____

O paciente está em uso de sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia como via de alimentação?

() Sim () Não

Assinatura e carimbo do médico ou nutricionista

Data da solicitação