



**PREFEITURA DE  
SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO



Departamento  
Assistência Farmacêutica  
SORRISO

**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE  
FÓRMULAS NUTRICIONAIS**  
(Deverá ser preenchido pelo Médico ou Nutricionista do SUS)

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome completo:

Sexo: ( ) M ( ) F

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF:

RG:

CNS:

Nome completo da mãe:

Responsável:

CPF:

RG

CNS:

Endereço:

Município de residência:

Telefone(s):

UF:

CEP:

**INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA**

Doença principal:

CID:

Outro(s) Diagnóstico(s):

CID's:

Assinalar o agravo que justifica a indicação de terapia nutricional:

( ) Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo

( ) Afagia/Disfagia por doença neurológica

( ) Transtorno de mobilidade intestinal

( ) Outro: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

Peso (kg): \_\_\_\_\_ ( ) atual ( ) estimado

Estatura (cm): \_\_\_\_\_ ( ) atual ( ) estimado

IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Laudo nutricional:

**VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL**

( ) VO

( ) TNE+VO

( ) TNE EXCLUSIVA

( ) TNE+TPP

Via de acesso

Sonda: ( ) Nasogástrica

( ) Nasoentérica

( ) Gastrostomia

( ) Jejunostomia

Descritivo da fórmula(s) solicitada(s):

Volume e fracionamento  
por dia

Total/Mês

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**

Nome:

CRN/CRM:

Unidade Básica de Saúde:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Profissional**  
(Assinatura e Carimbo)