



Protocolo Nº _____

Em ____ / ____ / ____

Requerimento de Insumos para APLV e Intolerância a Lactose, para pacientes SUS (versão: 01/03/2024)**1. DADOS DO PACIENTE *(ANEXAR cópia de RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência)**

Nome Completo: _____

Sexo: _____ DN: ____ / ____ / ____ Idade: _____ (anos) e _____ (meses)

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____ UBS: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____

Telefone(s): _____ Possui plano de saúde: () NÃO () SIM, especificar: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICASCurva de Crescimento: () Ascendente () Linear () Descendente. **anexar cópia curva de crescimento (caderneta criança)**

Peso: _____ (Kg) Altura: _____ (cm) Percentil: E/I: _____ P/E: _____ P/I: _____

() Baixo peso para a idade (Escore Z < -2) () Peso adequado (Escore Z entre -2 e +2) () Peso elevado (Escore Z > +2)

DIAGNÓSTICO - () APLV ou () INTOLERÂNCIA LACTOSE

Alergia Alimentar Classificação:

() IgE Mediada () Não IgE Mediada () Mista () Sem definição

Data do início do quadro: ____/____/____ Tempo de surgimento dos sintomas após ingestão da PLV: _____

Observações: _____

Manifestações cutâneas:

() urticária () prurido () angioedema () dermatite () outros

Data do início: ____/____/____ Frequência: _____ Tempo de surgimento após ingestão da PLV: _____

Observações: _____

Manifestações gastrointestinais:

() dor abdominal () diarreia () constipação () vômitos/náuseas () refluxo () distensão abdominal () sangue nas fezes Data

do início: ____/____/____ Frequência: _____ Tempo de surgimento após ingestão da PLV: _____

Observações: _____

5.4 Manifestações respiratórias:

() broncoespasmo () tosse () rinite () edema de laringe () outros

Data do início dos sintomas: ____/____/____ Frequência dos sintomas: _____

Data do início: ____/____/____ Frequência: _____ Tempo de surgimento após ingestão da PLV: _____

Observações: _____

EXAMES COMPLEMENTARES**IgE específica in vivo (PRICK TEST):**

() alfa-lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data: ____/____/____ (**anexar laudo de exame**) Resultado(s): _____**IgE específica in vitro (RAST):**

() alfa-lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data: ____/____/____ (**anexar laudo de exame**) Resultado(s): _____

Avaliação gastrointestinal:

() sangue oculto () alfa-1-antitripsina fecal () relação albumina/globulina

Data: ____/____/____ (**anexar laudo de exame**) Resultado(s): _____

Anatomopatológico () Não () Sim

Se sim, especificar: () estômago () esôfago () duodeno () reto

Data: ____/____/____ (**anexar laudo de exame**) Resultado(s): _____

Prova de provocação oral / Teste de desencadeamento:

() Sim, data: ____/____/____ (**anexar laudo de exame**) () Não, previsão: idade _____, data ____/____/____



Protocolo Nº _____

Em ____ / ____ / ____

HISTORICO DE INTERNAÇÃO por APLV e/ou INTOLERÂNCIA LACTOSE () NÃO () SIM, especificar:

Data: __ / __ / ____ - Local: _____ Sintomas: _____
 Data: __ / __ / ____ - Local: _____ Sintomas: _____

TERAPIAS PREVIAS REALIZADAS

() **Amamentação com exclusão de leite e derivados**

Período: _____ Contraindicação do aleitamento materno (patologias): _____

() **FEH: Fórmula infantil para APLV à base de proteína extensamente hidrolisada., com lactose**

Período: _____ Motivos da interrupção: _____

() **FAA: Fórmula infantil para APLV à base de aminoácidos livres, com restrição de lactose**

Período: _____ Motivos da interrupção: _____

() **FIL: Fórmula isenta de Lactose** Período: _____ Motivos da interrupção: _____

PRESCRIÇÃO (de acordo com idade)

Tabela 1. Quantitativo mensal de fórmulas nutricionais para fins específicos por idade, em latas.

Fonte: CGAN/DEPROS/SAPS/MS. Brasília, 2020.

Idade	FEH (medida: 4,3g - lata 400g)		FAA (medida: 4,8g - lata 400g)	
	Fórmula	9 latas	Fórmula	9 latas
0 a 3 mês	Fórmula	9 latas	Fórmula	9 latas
3 a 6 meses	Fórmula	10 latas	Fórmula	10 latas
6 a 9 meses	Fórmula + dieta	8 latas	Fórmula + dieta	8 latas
9 a 12 meses	Fórmula + dieta	7 latas	Fórmula + dieta	7 latas
12 a 24 meses	Fórmula + dieta	6 latas	Fórmula + dieta	6 latas

Insumo prescrito:

() **Insumo nº 1 – FEH: Fórmula infantil para APLV à base de proteína extensamente hidrolisada, com lactose, para 0 a 24 meses**

() **Insumo nº 2 – Fórmula infantil para APLV à base de aminoácidos livres, com restrição de lactose, para 0 a 24 meses**

() **Insumo nº 3 – Fórmula infantil para intolerância a lactose (isenta de Lactose), para < 2 ano**

Modo de Uso/Diluição:

Insumo nº ____ - Fórmula infantil para _____

_____ medidas de _____ gramas, em _____ mL (volume) de água, _____ vezes ao dia.

Total de _____ gramas/mês (30 dias), equivalente a _____ latas de 400g ao mês.

Vias de administração:

() VIA ORAL (VO) () TNE (enteral) exclusiva () TNE (enteral) + VO

Se TNE: **Sonda:** () Nasogástrica () Nasoduodenal () Nasojejunal

Estomia: () Gastrostomia () Jejunostomia

Datas dos próximos agendamentos de consultas de acompanhamento, para avaliação da manutenção dos sintomas, da indicação clínica dos insumos, do teste de provocação (necessárias, minimamente, a cada 3 meses)

Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____

Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____ Data: __ / __ / ____

Assinatura, Conselho de Classe e carimbo do profissional pediatra

Data: __ / __ / ____