



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 CLÍNICAS**Curva 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 &lt; -2) ( ) Peso adequado (Escore Z entre -2 e +2) ( ) Peso elevado (Escore Z &gt; +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: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Assinatura, Conselho de Classe e carimbo do profissional pediatra

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