



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Medicamentos e Terapêutica

"FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE MÓDULOS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS E DIETAS ENTERAIS NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - SMS CAMPINAS"

IDENTIFICAÇÃO DA FÓRMULA NUTRICIONAL

| | MÓDULO NUTRICIONAL | | SUPLEMENTO NUTRICIONAL | | DIETA ENTERAL

NOMES COMERCIAIS

DESCRIPTIVO TÉCNICO DA FÓRMULA

A FÓRMULA NUTRICIONAL SOLICITADA POSSUI REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE? | | SIM | | NÃO

CARACTERÍSTICAS DA FÓRMULA

APRESENTAÇÃO

| | LÍQUIDO | | PÓ

COMPOSIÇÃO

Densidade calórica	% Proteína	% Carboidratos	% Lipídios	Osmolaridade
--------------------	------------	----------------	------------	--------------

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

| | ORAL | | ENTERAL | | GASTROSTOMIA

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

JUSTIFICATIVA TERAPÊUTICA

ESTIMATIVA DE CONSUMO MENSAL:

_____ | | **KCAL** | | **GRAMAS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTAR E ENVIAR CÓPIAS DE ESTUDOS CONTENDO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE EMBASEM A SOLICITAÇÃO

AUTOR PRINCIPAL	TÍTULO DO ARTIGO	NOME DA REVISTA	ANO	VOLUME	PÁGINAS

PREVISÃO DE CONSUMO:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE: _____ CNES: _____

NOME DO MÉDICO OU NUTRICIONISTA: _____

| | CRM | | CRN Nº: _____

CPF: _____ E-MAIL: _____ TELEFONE: _____

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Declaro não haver conflito de interesses na recomendação acima.

Assinatura e carimbo

Data

Obs: As solicitações sem referência bibliográfica ou com estudos produzidos pelo fabricante não serão avaliadas. Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para a análise. Cada formulário de solicitação deve corresponder a apenas um produto para saúde.