

ANEXO II

PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

(Nome do Paciente) _____, residente em _____, telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em / / , CPF nº _____, está sendo admitido no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED) e reconhece as normas e critérios que o definem.

Nos casos em que o paciente não tiver condições de responder legalmente, também deverá ser preenchido o cadastro de responsável abaixo e anexadas as cópias de RG, CPF, documento comprobatório do grau de parentesco ou procuração com firma reconhecida.

(Nome do Responsável) _____, residente em _____, telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em / / , CPF nº _____, (grau de parentesco) _____ do paciente, está ciente e de acordo com as normas deste Termo, responsabilizando-se como cuidador junto ao Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED).

Tenho ciência, estou de acordo e submeto-me às normas do PTNED, dentre as quais estão as elencadas abaixo, não se restringindo unicamente a elas, mas a todo o conteúdo desta Portaria e demais instrumentos regulamentares do Programa:

1. Resido no Distrito Federal. Em caso de mudança de domicílio para outro estado, devo informar ao (à) nutricionista responsável ou à CNUD e não mais farei parte do Programa.
2. Posso via de acesso enteral (sonda ou ostomia) ou preencho os critérios de inclusão para via oral.
3. Comprometo-me a comunicar alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar, óbito e mudança de domicílio.
4. Disponho de infraestrutura domiciliar que possibilite a adequada prestação da assistência nutricional domiciliar.
5. Sou capacitado ou possuo cuidador capacitado para corresponsabilizar-me pelos cuidados e cumprimento do plano terapêutico.
6. Estou ciente que as fórmulas fornecidas são de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independente do motivo, deverá ser devolvida à Central de Nutrição Domiciliar, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos.
7. Estou ciente que o nutricionista da CNUD poderá realizar visita domiciliar, sem comunicação prévia, de caráter contínuo e permanente, para avaliação das condições estabelecidas na portaria que regulamenta o programa.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente Assinatura do responsável

(Quando for o responsável pelo cadastro)

ANEXO III
RELATÓRIO TERAPIA NUTRIÇÃO PTNED - NUTRICIONAL

<input type="checkbox"/> CADASTRO - 1ª VEZ	<input type="checkbox"/> REAVALIAÇÃO	<input type="checkbox"/> CARÁTER EXCEPCIONAL
IDENTIFICAÇÃO		
Nome do paciente:		
Data Nascimento:	Idade:	Telefone:
Endereço:		Houve mudança de domicílio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diagnóstico clínico:		CID:
Nutricionista:		Unid. de Atendimento:
Data da avaliação:		Data da validade do relatório: (3 ou 6 meses a partir da data de avaliação)
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> ASG <input type="checkbox"/> MAN-idosos <input type="checkbox"/> OMS-pediatria <input type="checkbox"/> Outra:		
História clínico-nutricional		
Peso (kg):	Altura ou Estatura(m):	
IMC (kg/m ²):		
LPP <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau/ Evolução da LPP:	
Pediatria (escore Z)	P/A:	A/I:
		P/I:
		IMC/I:
Diagnóstico nutricional:		

PRESCRIÇÃO DIETÉTICA				
Via de administração	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> JT
Duração do tratamento	<input type="checkbox"/> Curto: ≤ 6 meses		<input type="checkbox"/> Longo: > 6 meses	
Tipo de dieta	<input type="checkbox"/> Industrializada <input type="checkbox"/> Mista; nº horários artesanal:			
GET (kcal):	VET (kcal):	Obs.:		
kcal/kg peso/dia:	g PTN/kg peso/dia:			
Alteração de prescrição	<input type="checkbox"/> 1ª vez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; motivo:			
Código(s) SES	Quantidade/dia (g/mL)	Quantidade/mês (g/mL)		
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU		x 30 =	
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU		x 30 =	
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU		x 30 =	
	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU		x 30 =	
Frasco	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU		x 30 =	
Equipo			x 30 =	
Preencher se for reavaliação:				
Estado geral do paciente	<input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Manteve <input type="checkbox"/> Piorou			
Reinternação último trimestre	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; nº dias internados:			
Alterou via de acesso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; para qual via?			
Motivo alteração de via:				
Preencher se for APLV:				
<input type="checkbox"/> AM / FI <input type="checkbox"/> Al. Comp.	% VET fórmula:		Duração do uso (meses):	
Diluição (g/porção):	Volume final/porção (mL):		Nº porções/dia:	
Produtos testados (citar marca):				

- () Leite de vaca
- () FI à base de LV:
- () Soja:
- () FEH c/lactose:
- () FEH s/lactose:
- () AAs livres:

- Para APLV, informar na história clínico-nutricional período de AME, AM, sintomas às diferentes fórmulas, alimentos consumidos quando em AC e outras informações pertinentes. Para cadastro ou troca de categoria (elementar ↔ semi-elementar), anexar documento comprobatório com o histórico de fórmulas testadas e intercorrências apresentadas (cópia do prontuário ou relatório descritivo do médico assistente).

Preencher se for solicitação em caráter excepcional:

Justificativa para solicitar ou manter a necessidade do uso de fórmulas especiais por via oral:

(A justificativa deverá constar embasamento técnico da essencialidade do uso da fórmula especial para recuperação da desnutrição do paciente)

Estado geral do paciente	() Melhorou () Manteve () Piorou
--------------------------	-------------------------------------

Reinternação no último trimestre	() Não () Sim; nº dias internados:
----------------------------------	--------------------------------------

ANEXO IV
RELATÓRIO TERAPIA NUTRIÇÃO PTNED - MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO		
Nome do paciente:		
Data Nascimento:	Idade:	CID:
Diagnóstico clínico:		
Médico:	Unid. de Atendimento:	
Data da avaliação:	Data de validade do relatório: (6 ou 12 meses a partir da data de avaliação)	
AVALIAÇÃO CLÍNICA		
História clínica:		
Exames complementares:		
DOENÇAS ASSOCIADAS		
Fístulas () Não () Sim → Débito () Alto () Baixo Local:		
Lesão por pressão () Não () Sim → Local: Grau:		
Diabetes () Sim () Não	HAS () Não () Sim	
Doença renal () Sim () Não	Disfagia () Sim () Não	
Via de administração () Oral () SNG/SNE () GTT () JT		

ANEXO V
RELATÓRIO TERAPIA NUTRIÇÃO PTNED - SERVIÇO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO		
Nome do paciente:		
Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Etnia Indígena		Gênero: () Feminino () Masculino () Outro
Data Nascimento:	Idade:	Telefone:
CPF:	Número SES:	Cartão SUS:
Endereço (deve ser domiciliado no Distrito Federal):		
Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência:		
Teve atendimento pela UBS de referência nos últimos 6 (seis) meses: () Sim () Não		
CONDIÇÕES SOCIAIS E DOMICILIARES		
Composição familiar:		
Possui rede de apoio (vizinhos, comunidade, grupos, igreja, etc.) ou recebe acompanhamento de algum equipamento social (Assistência Social, Saúde, Previdência, Educação, Justiça, etc.)? () Não () Sim, cite:		
Família recebe algum benefício socioassistencial? () Não () Sim, cite:		
Fatores de risco ou vulnerabilidade social/determinantes e condicionantes do processo saúde-doença:		
Paciente necessita de cuidador: () Não () Sim		
CUIDADOR/RESPONSÁVEL		
Nome:		

Data Nascimento:	Idade:	() Familiar () Contratado () Outro
Se o cuidador não for contratado, qual o seu vínculo com o(a) paciente: () mãe () pai () avó/avô maternos () tio/a () irmão/ã () cunhado/a () marido () esposa () avó/avô paternos () filho/a () compadre/comadre () padrinho/madrinha () amigo () vizinho/a () colega de trabalho () conhecido/a () Outro:		
Compartilha cuidado com outro cuidador: () Não () Sim, cite o(s) nome(s):		
HABITAÇÃO		
() Própria () Alugada () Cedida () Outro:		
Condições de moradia que possibilitem a manipulação adequada das fórmulas:		
Água potável:	() Sim () Não	Energia elétrica: () Sim () Não
Geladeira:	() Sim () Não	Saneamento básico: () Sim () Não
AVALIAÇÃO SOCIAL		
Instrumentos utilizados: () Entrevista () Visita domiciliar () Outros:		
Paciente/cuidador esclarecido, treinado e orientado para os procedimentos: () Sim () Não		
PARECER À INCLUSÃO NO PTNED		
() Favorável () Desfavorável; Informe estratégias e encaminhamentos realizados para possibilitar o acesso do usuário ao Programa:		
Assistente Social:		
Unidade de atendimento:	Data da avaliação:	

ANEXO VI

**PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR FORMULÁRIO DE
CADASTRO DE PROFISSIONAIS NUTRICIONISTAS OU MÉDICOS**

Nome:
Matrícula:
Conselho de Classe (CRN-1 ou CRM-DF):
Telefone pessoal:
E-mail:
Unidade de lotação:
Telefone trabalho:
Chefia:

CARIMBO E ASSINATURA

CHEFIA IMEDIATA

ANEXO VII
MODELO DE DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, residente em
_____, cidade: _____,
UF: _____, CEP: _____, CPF: _____, RG: _____,
Órgão expedidor: _____, declaro para fins de comprovação de residência que o (a): Sr.(a)
_____, CPF: _____
RG: _____ Órgão expedidor: _____, reside em imóvel de minha propriedade,
localizado no endereço: _____,
cidade: _____ UF: _____ CEP: _____, na condição de:

- membro da família;
- imóvel cedido;
- imóvel alugado sem contrato formal;
- imóvel alugado com contrato formal;

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas e estou ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito (a) às penas da lei, conforme prescrito no art. 299 do Código Penal.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____
