GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO II
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

(Paciente), _____,
residente em _____,
telefone _____, portador do RG nº_____, expedido em ____/____/_____,
CPF nº _____, está sendo admitido no Programa de Terapia de Nutrição 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.

(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 de Nutrição 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 (item 7 é de anuência opcional; marcar a opção correspondente):

1- Resido no Distrito Federal. Em caso de mudança para outro estado, devo informar à equipe do PTNED e não mais farei parte do Programa.
2- Possuo 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 e óbito e mudança de endereço.
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 o uso das fórmulas fornecidas é 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- **( ) Sim ( ) Não**: Autorizo o uso dos dados nutricionais, médicos e demográficos para fins de pesquisa e relatórios técnicos que a Gerência de Nutrição julgar necessários. Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais, não sendo divulgados dados pessoais que identifiquem os participantes. A participação não gera qualquer despesa ou pagamento ao participante. A recusa em autorizar o fornecimento dos dados não impedirá o cadastro do paciente no PTNED.

Brasília, _____ de _____ de _____.

_____	_____
Assinatura do paciente (Quando for o responsável pelo cadastro)	Assinatura do responsável

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO III
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO NUTRICIONAL

( ) CADASTRO - 1ª VEZ	( ) REAVALIAÇÃO	( ) CARÁTER EXCEPCIONAL		
Nome do paciente:				
Data Nascimento: / /	Idade:	Telefone:		
Diagnóstico clínico:		CID:		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL				
( ) Completa ( ) ASG ( ) MAN-idosos ( ) OMS-pediatria ( ) Outra:				
História clínico-nutricional				
Peso (kg):	Altura (m):	IMC (kg/m²):	UPP ( ) Sim ( ) Não	
Pediatria (escore Z)	P/A:	A/I:	P/I:	IMC/I:
Diagnóstico nutricional:				
PRESCRIÇÃO DIETÉTICA				
Via de administração	( ) Oral	( ) SNG/SNE	( ) GT	( ) JT
Duração do tratamento	( ) Curto: ≤ 6meses	( ) Longo: > 6 meses		
Tipo de dieta	( ) Industrializada ( ) Mista; nº horários artesanal:			
GET (kcal):	VET (kcal):	Obs.:		
kcal/kg peso/dia:	g PTN/kg peso/dia:			
Alteração de prescrição	( ) 1ª vez ( ) Não ( ) Sim; motivo:			
Código(s) SES	Quantidade/dia (g/mL)	Quantidade/mês (g/mL)		
( ) E ( ) OU		x 30 =		
( ) E ( ) OU		x 30 =		
( ) E ( ) OU		x 30 =		
( ) E ( ) OU		x 30 =		
		x 30 =		
Frasco: Dia Mês (x 30)	Equipo: Dia Mês (x 30)	Obs.:		

Preencher se for reavaliação/renovação de caráter excepcional

Estado geral do paciente	( ) Melhorou ( ) Manteve ( ) Piorou
Reinternação último trimestre	( ) Não ( ) Sim; nº dias internados:
Alterou via de acesso	( ) Não ( ) Sim; para qual via?
Motivo alteração de via:	

Preencher se for APLV

( ) AM / FI ( ) 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:_____		

Data da avaliação: / /	Validade do relatório (3 meses): / /
Nutricionista:	Unid. de atendimento:

_____

CARIMBO E ASSINATURA - NUTRICIONISTA PRESCRITOR DO PTNED

- Se necessitar, use o verso para informações complementares (carimbar e assinar).
- À solicitação de cadastro em caráter excepcional deve ser anexado relatório motivacional.
- 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).

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO IV
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente:		
Data Nascimento: / /	**Idade:**	**CID:**
Diagnóstico clínico:		

AVALIAÇÃO CLÍNICA
História clínica
Exames complementares
Grau de incapacidade funcional (Cruz Vermelha Espanhola): ( ) 0- Vale-se totalmente por si mesmo; caminha normalmente. ( ) 1- Realiza suficientemente as atividades da vida diária (AVD); apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas. ( ) 2- Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional; caminha com ajuda de bengala ou similar. ( ) 3- Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas; caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa. ( ) 4- Impossível realizar, sem ajuda, quaisquer das AVD; capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por, pelo menos, duas pessoas. ( ) 5- Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

DOENÇAS ASSOCIADAS			
Fístulas ( ) Não ( ) Sim→ Débito ( ) Alto ( ) Baixo Local:			
Úlcera por pressão (decúbito) ( ) Não ( ) Sim→ Local:			
Edema ( ) Não ( ) Sim→ Local:		**Anasarca ( ) Não ( ) Sim**	
Diabetes	**( ) Não ( ) Sim**	**HAS**	**( ) Não ( ) Sim**
Doença renal	**( ) Não ( ) Sim**	**Disfagia**	**( ) Não ( ) Sim**

Via de administração	**( ) Oral**	**( ) GT→**	**( ) Cirúrgica ( ) Endoscópica**
	( ) SNG/SNE	**( ) JT→**	**( ) Cirúrgica ( ) Endoscópica**

Data da avaliação: / /	**Validade do relatório (6 meses): / /**
Médico:	**Unid. de atendimento:**

_____

CARIMBO E ASSINATURA
MÉDICO PRESCRITOR DO PTNED

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO V
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO SOCIAL

Nome do paciente:		
Data Nascimento: / /	**Idade:**	**Telefone:**
Endereço (deve ser domiciliado no Distrito Federal):		
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		
Nome:		
Data Nascimento: / /	**Idade:**	**( ) Familiar ( ) Contratado**
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:	
Unid. de atendimento:	**Data: / /**

_____

CARIMBO E ASSINATURA - ASSISTENTE SOCIAL

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO VI
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FORMULÁRIO DE CADASTRO DE NUTRICIONISTAS

Nome
Matrícula
CRN 1
Telefone pessoal
E-mail
Unidade de lotação
Telefone trabalho
Chefia

_____

CARIMBO E ASSINATURA
CHEFIA IMEDIATA

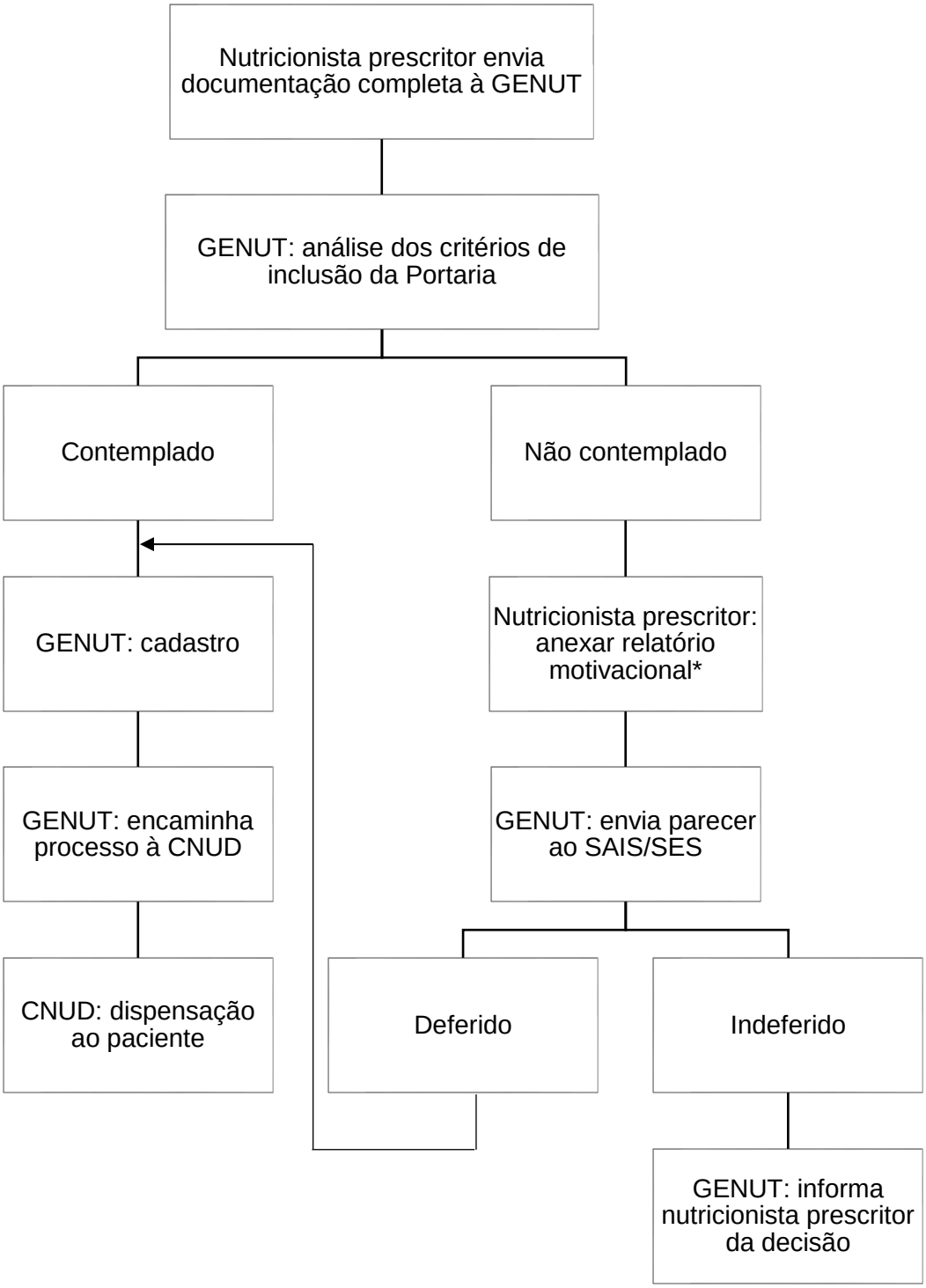
ANEXO VII
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FORMULÁRIO DE CADASTRO DE MÉDICOS

Nome
Matrícula
CRM DF
Telefone pessoal
E-mail
Unidade de lotação
Telefone trabalho
Chefia

_____

CARIMBO E ASSINATURA
CHEFIA IMEDIATA

ANEXO VIII
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FLUXOGRAMA DE CADASTRO



* Relatório motivacional pode ser enviado com documentação de cadastro