



FÓRMULAS NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS ATÉ 24 MESES

INTRODUÇÃO

O alimento constitui-se um elemento essencial à vida humana. Sem o acesso a uma alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade, o ser humano não apresenta as condições necessárias para desenvolver suas capacidades, potencialidades e aspirações. De acordo com a Lei Federal 8080/90, a alimentação é um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput), sendo a vigilância nutricional e orientação alimentar (art. 6º) atribuições específicas do SUS.

Com relação a alimentação infantil, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até os 2 anos de idade ou mais. Quando a mãe não pode amamentar, o leite materno deve ser substituído preferencialmente por fórmula infantil, e na impossibilidade de seu uso, por leite de vaca ou leite de vaca modificado (crianças menores de 4 meses), conforme descrito no anexo 1 (BRASIL, 2015; 2019)

É definido como **FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES** o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição, especialmente fabricado para satisfazer, por si só, as necessidades nutricionais dos lactentes sadios durante os primeiros seis meses de vida e como **FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES** o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado quando indicado, para lactentes sadios a partir do sexto mês de vida até doze meses de idade incompletos e para crianças de primeira infância sadias (BRASIL, 2011). Já as **FÓRMULAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL** são definidas como alimento para fins especiais industrializado apto para uso por tubo e, opcionalmente, por via oral, consumido somente sob orientação médica ou de nutricionista, especialmente processado ou elaborado para ser utilizado de forma exclusiva ou complementar na alimentação de pacientes com capacidade limitada de ingerir, digerir, absorver ou metabolizar alimentos convencionais ou de pacientes que possuem necessidades nutricionais específicas determinadas por sua condição clínica.

Este protocolo tem como objetivo dispor as normas sobre a dispensação de fórmulas alimentares industrializadas (suplementos alimentares, dietas enterais e fórmulas infantis) aos usuários do SUS residentes no município de São Sebastião do Paraíso, levando em consideração critérios clínicos e nutricionais.

DISPENSAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL

- O protocolo de dispensação de fórmulas infantis atenderá crianças de 0 a 24 meses.
- A criança menor de 12 meses será avaliada e, caso tenha um dos critérios clínicos, o médico da Unidade de Saúde da Família ou pediatra preencherá o laudo para solicitação de fórmulas infantis, além de receituário com o nome e quantidade de fórmula prescrita. Uma vez que foi atendido o critério clínico e iniciado a dispensação da fórmula, esta será fornecida até 12 meses.
- Crianças maiores de 12 meses que necessitarem de fórmula infantil deverão passar por avaliação do pediatra para a indicação da fórmula, atendendo aos critérios deste protocolo.
- Para prescrições de fórmulas vindas de Hospitais/Santas Casas, as fórmulas serão

dispensadas pelo almoxarifado municipal para apenas 30 dias. Nesse período, o usuário deve procurar a Unidade de Saúde de referência para seguir o fluxo deste protocolo.

- A quantidade máxima de fórmula a ser dispensada será de acordo com a **tabela 1**.
- O usuário será reavaliado a cada 3 meses.
- Os usuários em uso de dieta enteral via gastrostomia receberão mensalmente 6 seringas de 60 ml de bico cateter, 10 seringas de 20 ml, 15 frascos e 15 equipos para administração da dieta. Usuários em uso de sonda nasogástrica ou nasoentérica receberão mensalmente 10 seringas de 20 ml, 15 frascos e 15 equipos para administração da dieta. A entrega mensal desses materiais serão realizadas pelas Unidades de Saúde de referência dos usuários;
- Crianças diagnosticadas com alergia a proteína do leite de vaca (APLV) receberão fórmula específica até os 2 anos de idade, conforme Portaria nº 67 de 23 de novembro de 2018.
- De acordo com a Nota Especial da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre aleitamento e alimentação complementar – Análise sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (nov/2023), para crianças não amamentadas de 12 a 23 meses o leite de vaca não modificado pode ser oferecido e as fórmulas infantis e “leites de crescimentos” não são recomendados. Já o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos preconiza que o leite de vaca pode ser oferecido para crianças não amamentadas a partir dos 9 meses de idade.

ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS EM USO DE FÓRMULA INFANTIL

- Crianças menores de 6 meses com baixo ganho de peso, realizar avaliação clínica e se necessário, discutir o caso com nutricionista.
- Criança acima de 6 meses com baixo ganho de peso, encaminhar para nutricionista para atendimento individual e orientação através do encaminhamento padrão para o setor de nutrição.
- As crianças acima de 12 meses que ainda necessitem de fórmula infantil deverão passar por avaliação de pediatra da rede municipal para o preenchimento do laudo e receituário, respeitando o número máximo de latas (Tabela 1)
- Para as crianças acima de 6 meses que estão em uso de fórmula infantil, caso haja dúvidas na introdução alimentar, mesmo após orientação realizada na USF, encaminhar para atendimento individual e orientação com nutricionista através do encaminhamento padrão para o setor de nutrição.
- Crianças com diagnóstico de APLV deverão ser acompanhadas por pediatras da rede municipal.
- Crianças com diagnóstico de APLV deverão ser avaliadas por nutricionista aos 6, 12 e 18 meses, sendo acompanhadas se necessário.

CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES

CRITÉRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO DE SOLICITAÇÃO

- Residir no município de São Sebastião do Paraíso;
- Ser cadastrado na Unidade de Saúde de referência do município;
- Atender os critérios clínicos e nutricionais estabelecidos neste protocolo;
- Apresentar a documentação exigida quando solicitada pelo profissional nutricionista de referência;
- Cópia dos documentos necessários para cadastro e renovação junto ao almoxarifado de saúde;

(Anexo 2)

- Participar dos programas de promoção do aleitamento materno oferecidos pelo município durante a gestação e puerpério;
- Fazer o pré-natal corretamente.

CRITÉRIOS PARA DEFERIMENTO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL

Via enteral e oral:

O valor calórico total ofertado via fórmula infantil será de acordo com o limite máximo de latas descrito na Tabela 1. O restante das necessidades nutricionais será suprida através da alimentação orientada pelo nutricionista, se necessário.

Para o fornecimento será considerado pelo menos 01 (um) critério:

- Peso por idade: baixo e muito baixo peso para idade (**de acordo com anexo 3**)
- Alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e/ou alergia múltipla;
- Erros inatos do metabolismo e doenças disabsortivas (doença celíaca, doença de Chron, retocolite ulcerativa) - (**necessário confirmação por exames e relatório médico pediatra**);
- Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal (15 dias);
- Prematuridade extrema (< 28 semanas)
- Prematuridade associada à doença metabólica óssea, cardiopatias, síndrome do intestino curto, refluxo gastroesofágico grave, pneumopatia em uso de oxigenioterapia;
- Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para amamentação de crianças até 12 meses
- Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional
- Ganho de peso insuficiente no período de 30 dias*
- Internação (para crianças até 6 meses – necessário relatório de alta hospitalar)
- Gemelaridade
- Doenças neurológicas/sequelas neurológicas pós parto
- Doença do refluxo gastroesofágico (comprovada por laudo médico)
- Impossibilidade de amamentação devido patologia ou uso de medicamentos pela mãe (**necessário relatório médico com a patologia ou medicamento em uso**)
- Mãe soropositiva
- Mãe mastectomizada ou em tratamento oncológico
- Adoção ou institucionalização
- Óbito materno
- Neoplasia infantil
- Dieta via enteral

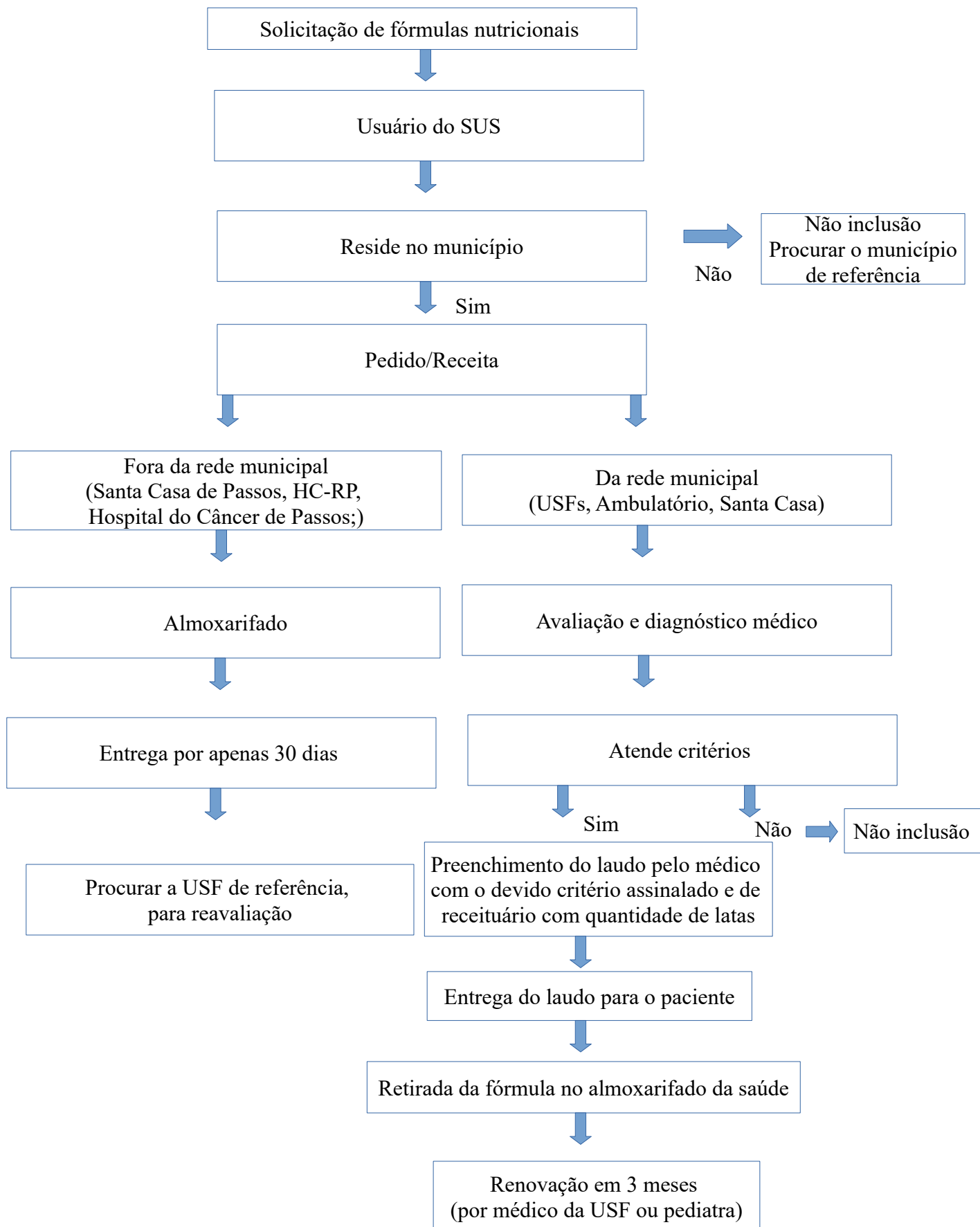
*Necessária a participação nos programas de orientação e promoção do aleitamento materno oferecidos pelo município.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não comparecer a pesagem do Bolsa Família
- Não comparecer a puericultura regularmente
- Cartão de vacinação atrasado;
- Mudar do município;

- Uso incorreto de fórmulas;
- Completar 12 meses;
- Óbito;
- Não participar dos programas de promoção do aleitamento materno oferecidos pelo município durante a gestação e puerpério;
- Não fazer o pré-natal corretamente.
- Alta Médica (não preencher mais critérios);

FLUXOGRAMA CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E SUPLEMENTOS (0 A 24 MESES)**

OBSERVAÇÃO: Para crianças acima de 12 meses o preenchimento deste laudo deve ser feito somente por pediatra.

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo: _____

Sexo: () M () F Data de nascimento (D.N): ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Nome completo da Mãe: _____

Endereço: (rua,nº,bairro): _____

Município de residência: São Sebastião do Paraíso _____

Telefone(s): _____ UF: MG CEP: 37950000**Assinalar o critério que justifica a indicação da terapia nutricional:**

- () Peso por idade: baixo ou muito baixo peso para idade (**de acordo com anexo 3**)
- () Alergia à proteína ao leite de vaca (APLV) e/ou alergia múltipla;
- () Erros inatos do metabolismo e doenças disabsortivas (doença celíaca, doença de Chron, retocolite ulcerativa);
- () Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal (15 dias);
- () Prematuridade extrema (< 28 semanas);
- () Prematuridade associada à doença metabólica óssea, cardiopatias, síndrome do intestino curto, refluxo gastroesofágico grave, pneumopatia em uso de oxigenioterapia;
- () Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para amamentação de crianças até 12 meses
- () Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional
- () Ganho de peso insuficiente no período de 30 dias*
- () Internação (para crianças até 6 meses – necessário relatório de alta hospitalar)
- () Gemelaridade
- () Doenças neurológicas/sequelas neurológicas pós parto
- () Doença do refluxo gastroesofágico (comprovada por laudo médico)
- () Impossibilidade de amamentação devido uso de medicamentos pela mãe (**necessário relatório médico com a patologia ou medicamento em uso**)
- () Mãe soropositiva
- () Mãe mastectomizada ou tratamento oncológico
- () Adoção ou institucionalização
- () Óbito materno
- () Neoplasia infantil
- () Dieta via enteral
- () Continuidade do tratamento – válido apenas para renovação do protocolo (até 12 meses)

OBSERVAÇÕES _____

* Necessária a participação nos programas de orientação e promoção do aleitamento materno oferecidos pelo município.

PRESCRIÇÃO DA FÓRMULA INFANTIL

Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia	Total / Mês
_____	_____/_____/_____	_____/_____
_____	_____/_____/_____	_____/_____
_____	_____/_____/_____	_____/_____

Unidade de Saúde de referência: _____

Assinatura e Carimbo (Médico)

Data: ____/____/____

Tabela 1:**PADRONIZAÇÃO DAS QUANTIDADES MÁXIMAS A SEREM DISPENSADAS MENSALMENTE**

Fórmula Nutricional	Indicações	Quantidade máxima por mês
Fórmula infantil polimérica, hipercalórica, enriquecida com dha/ara e prebióticos, para nutrição oral ou enteral;	Crianças de 0 a 24 meses	12 Latas – 400g
Fórmula nutricional em pó infantil para nutrição oral ou enteral com até 20g de sacarose;	Crianças até 10 anos	Oral- 13 latas de 400g Enteral – 22 latas de 400g
Fórmula para lactentes com restrição à lactose, 100% de aminoácidos livres, com tcm, dha/ara;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil semi elementar em pó, com 100% de proteínas de soro de leite extensamente hidrolisada, hipoalergênica, com dha/ara e lactose;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula nutricional infantil para lactentes, com necessidades dietoterápicas especiais com restrição de lactose;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil em pó para lactentes de 0 a 12 meses com sintomas de regurgitação e/ou refluxo gastroesofágico;	Crianças de 0 a 12 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil semi elementar em pó, para lactentes e de seguimento, com 100% de proteína de soro de leite, extensamente hidrolisada, dha/ara, isenta de lactose;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil em pó, indicada para crianças de 0 a 6 meses;	Crianças de 0 a 6 meses	06 Latas – 800g
Fórmula infantil de seguimento em pó, indicada para crianças de 6 a 12 meses;	Crianças de 6 a 12 meses	04 Latas – 800g
Fórmula infantil de soja, indicada para lactentes de 0 a 6 meses;	Crianças de 0 a 6 meses	06 Latas – 800g
Fórmula infantil de soja, indicada para lactentes de 6 a 12 meses;	Crianças de 6 a 12 meses	04 Latas – 800g

MODELO DE PRESCRIÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL INFANTIL

Fórmula infantil de partida em pó de 0 a 6 meses

1 – Sugestão de marca: Nan 1 ou Aptamil 1 – 06 Latas – 800g/mês

Fórmula infantil de seguimento em pó de 6 meses a 12 meses

1 – Sugestão de marca: Nan 2 ou Aptamil 2: 04 Latas – 800g/mês

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar – 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de atenção básica, n.23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC 44 de 19 de setembro de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC 43 de 19 de setembro de 2011.

ANEXO 1:

Diluição do leite de vaca para crianças menores de 4 meses

O leite deve ser diluído em 2/3 ou 10% até os 4 meses de idade, devido ao excesso de proteínas e eletrolitos que fazem sobrecarga renal. Com a diluição, há diminuição de energia e ácido linoléico, sendo necessário o acréscimo de 3% de óleo para melhorar sua densidade energética. Desta forma, não há necessidade de adição de açúcares e farinhas, alimentos não recomendados para crianças menores de dois anos.

Até completar quatro meses de idade, o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, **1 colher de chá de óleo para cada 100 ml**. Após completar quatro meses de idade o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança não amamentada receberá outros alimentos.

O quadro abaixo demonstra como deve a diluição e reconstituição do leite de vaca para crianças menores de 4 meses:

Reconstituição do leite em pó integral:

1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida.

1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida.

2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Diluição do leite integral fluido:

2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida

70ml de leite + 30ml de água = 100ml

100ml de leite + 50ml de água = 150ml

130ml de leite + 70ml de água = 200ml

ANEXO 2:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRO E DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS

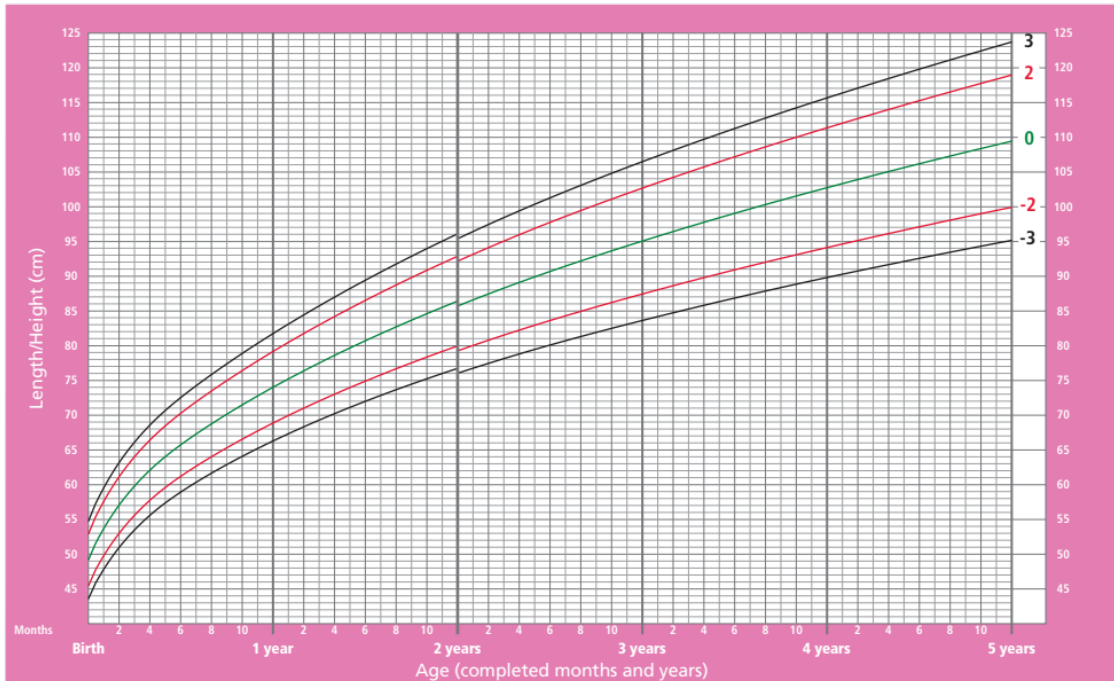
- Identidade dos responsáveis (cópia);
- Comprovante de endereço atual (cópia);
- Certidão de nascimento da criança (cópia);
- Cartão SUS da criança (cópia);
- CPF do usuário e/ou responsável (cópia);
- Prescrição (receita) com a quantidade de fórmula necessária para 01 mês, a ser renovada pelo médico e/ou nutricionista da USF e pediatra;
- Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, a ser preenchido pelo médico e nutricionista responsável);
- A renovação ocorre trimestralmente e são necessários: receita médica atualizada e o Laudo médico para Dispensação de Fórmulas Nutricionais com justificativa e CID da doença; juntamente com peso e estatura da criança, encaminhados para o setor de nutrição;

ANEXO 3:

ALTURA MENINAS 0 A 5 ANOS.

Length/height-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)

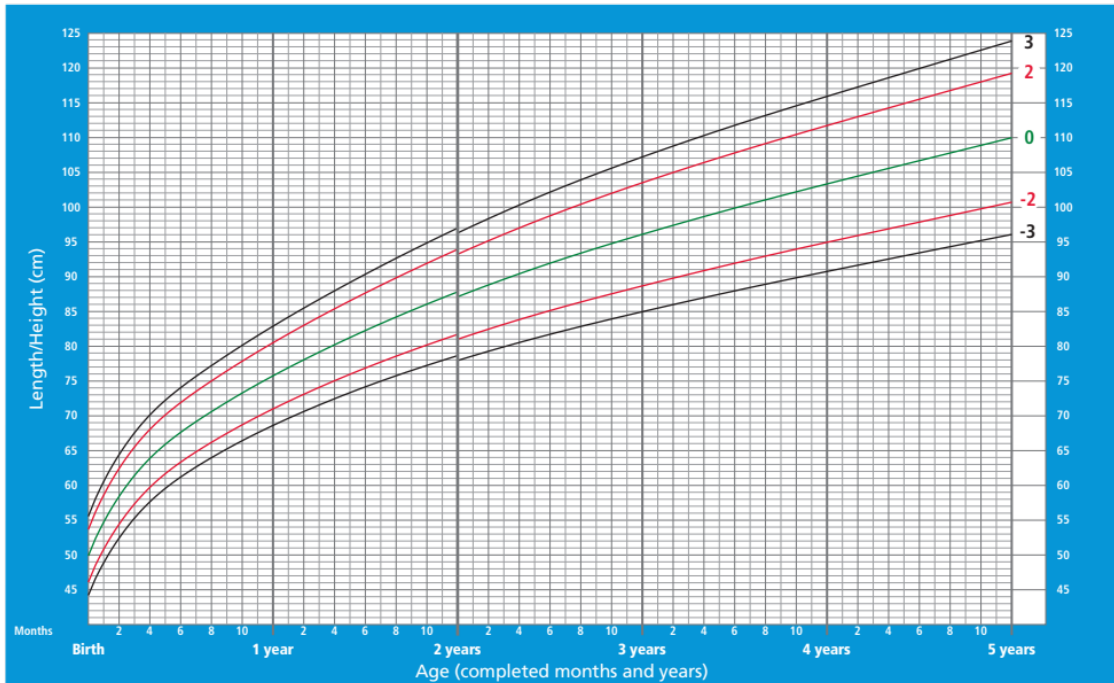


WHO Child Growth Standards

ALTURA MENINOS 0 A 5 ANOS.

Length/height-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)

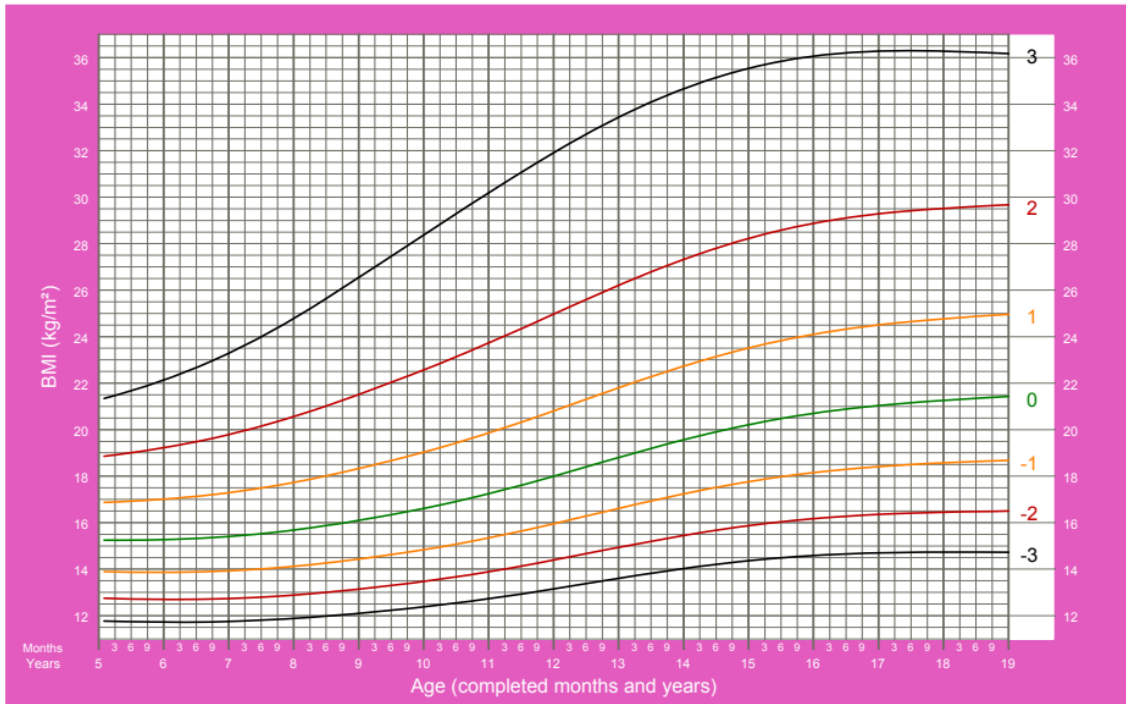


WHO Child Growth Standards

IMC MENINAS 5 A 19 ANOS.

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

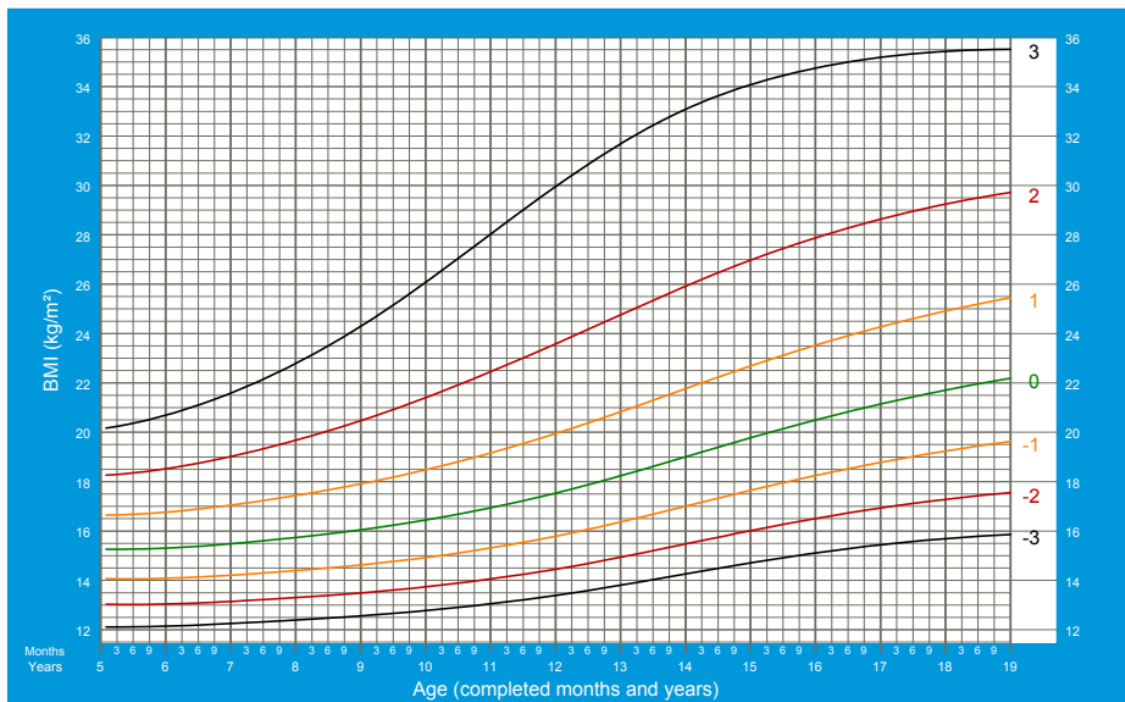


2007 WHO Reference

IMC MENINOS 5 A 19 ANOS.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)

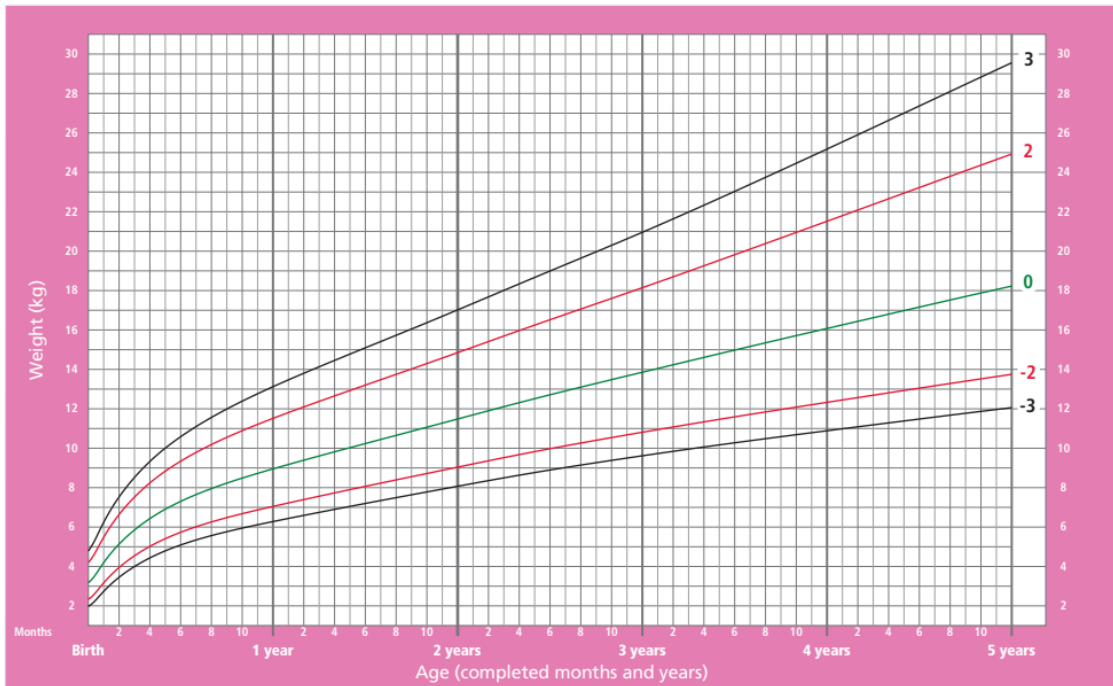


2007 WHO Reference

PESO MENINAS 0 A 5 ANOS.

Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)

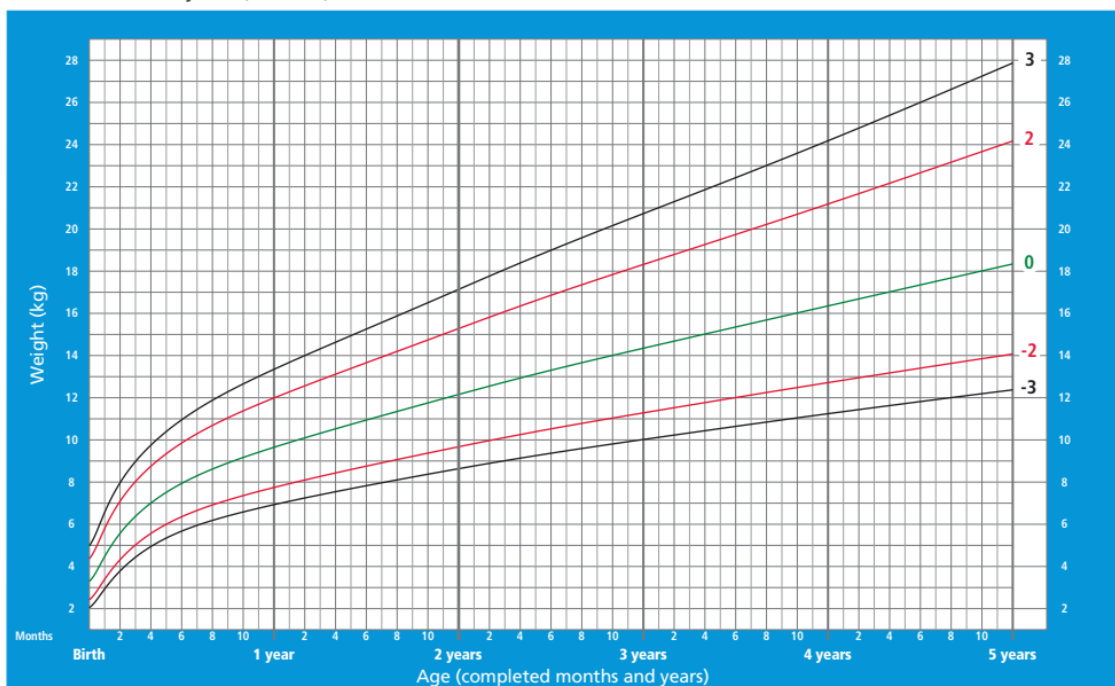


WHO Child Growth Standards

PESO MENINOS 0 A 5 ANOS.

Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)

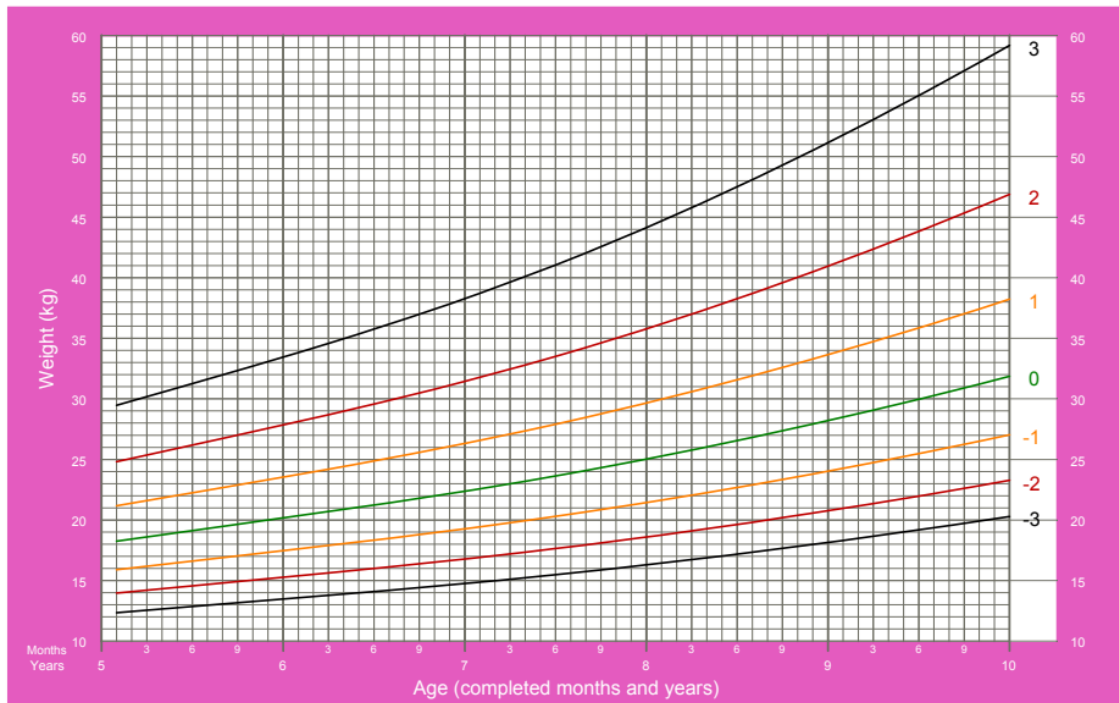


WHO Child Growth Standards

PESO MENINAS 5 A 10 ANOS.

Weight-for-age GIRLS

5 to 10 years (z-scores)

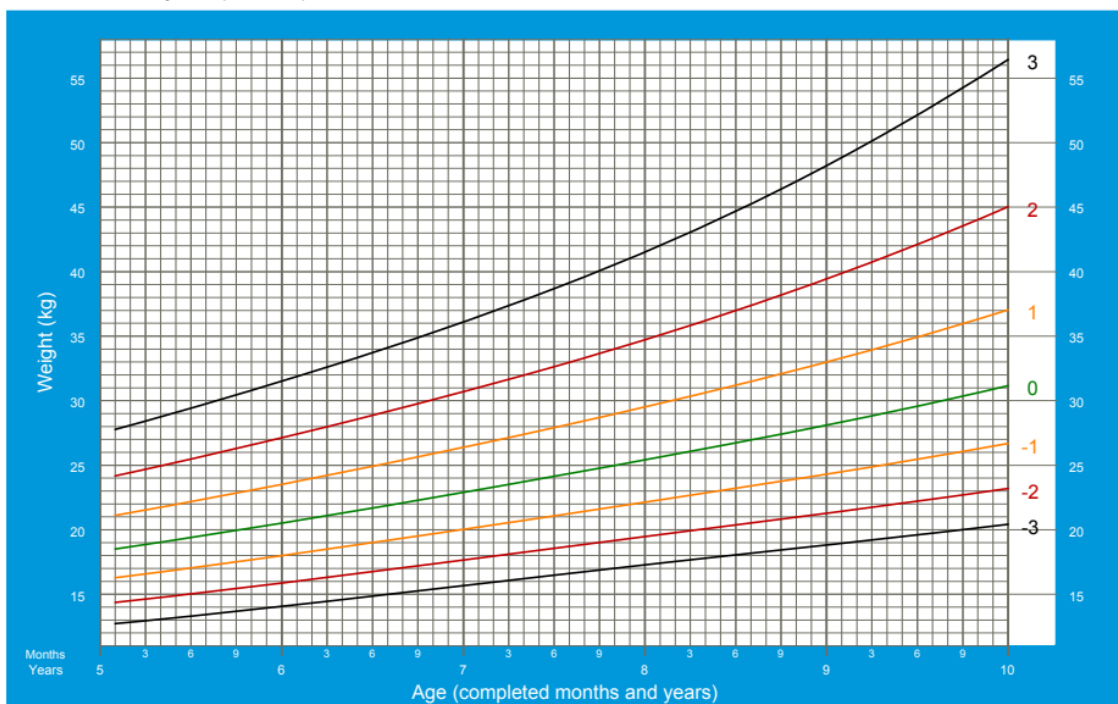


2007 WHO Reference

PESO MENINOS 5 A 10 ANOS.

Weight-for-age BOYS

5 to 10 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Fornecimento de Fórmula Infantil

Usuários de planos de saúde não acompanhados pelo SUS com prescrição de fórmulas nutricionais para alergia a proteína do leite de vaca (APLV)

Conforme determinação do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no REsp 2.204.902, os planos de saúde devem custear fórmulas à base de aminoácidos para crianças de 0 a 24 meses com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) considerando ser “prescrição de tratamento da doença” e não uma “necessidade puramente alimentar”. Diante disso, o município de São Sebastião do Paraíso/MG reorganizou o fluxo para prescrição de FORMULA NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES COM ALERGIA A PROTEINA DO LEITE DE VACA.

FLUXO PARA AVALIAÇÃO DO FORNECIMENTO

- Residir no município de São Sebastião do Paraíso;
- Estar cadastrado na Unidade de Saúde de Família (USF) de seu bairro e receber as visitas dos Agentes comunitários de saúde (ACS);
- Apresentar cópia do comprovante de residência atual;
- Apresentar cópias legíveis e sem rasuras dos documentos de identidade, CPF e CNS (frente e verso); e também identidade e CPF do responsável legal;
- Seguir todos os critérios de dispensação do PROTOCOLO MUNICIPAL DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS PARA CRIANÇAS ATÉ 24 MESES
- O fornecimento de latas seguirá a padronização municipal das quantidades máximas a serem dispensadas
- Apresentar no setor de Ouvidoria da Secretaria de Saúde, prescrição médica, relatório médico e negativa do plano de saúde de fornecimento de fórmulas nutricionais para alergia a proteína do leite de vaca (APLV);
- O médico solicitante ou pediatra deverá preencher o laudo para solicitação de fórmulas infantis conforme PROTOCOLO MUNICIPAL, além de receituário com o nome e quantidade de fórmula prescrita e relatório médico
- A ouvidoria encaminhará ao profissional qualificado (médico auditor ou coordenador) na SECRETARIA DE SAÚDE para análise e, após 15 dias, o responsável poderá vir a SECRETARIA DE SAÚDE/OUVIDORIA para ter a resposta da solicitação.
- A ouvidoria encaminhará ao departamento jurídico da saúde o parecer do profissional da SECRETARIA DE SAÚDE, a Prescrição, relatório médico e negativa do plano de saúde;
- Se o pedido for deferido, o mesmo deverá ser Atualizado trimestralmente - Apresentar a cada 3 meses nova solicitação no setor Ouvidoria da saúde com prescrição médica, relatório médico e formulário de solicitação de fórmulas infantis conforme PROTOCOLO MUNICIPAL, receituário com o nome e quantidade de fórmula prescrita e negativa do plano de saúde de fornecimento de fórmulas nutricionais para alergia a proteína do leite de vaca (APLV),
- Se o pedido for indeferido, o requerente pode iniciar novo pedido ou iniciar o fluxo do município na UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA onde é cadastrado.

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E SUPLEMENTOS
(0 A 24 MESES)**

OBSERVAÇÃO: Para crianças acima de 12 meses o preenchimento deste laudo deve ser feito somente por pediatra.

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo: _____

Sexo: () M () F Data de nascimento (D.N): ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Nome completo da Mãe: _____

Endereço: (rua,nº,bairro): _____

Município de residência: São Sebastião do Paraíso _____

Telefone(s): _____ UF: MG CEP: _____

Assinalar o critério que justifica a indicação da terapia nutricional:

- () Peso por idade: baixo ou muito baixo peso para idade (**de acordo com anexo 3**)
- () Alergia à proteína do leite de vaca (APLV) e/ou alergia múltipla;
- () Erros inatos do metabolismo e doenças disabsortivas (doença celíaca, doença de Chron, retocolite ulcerativa);
- () Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal (15 dias);
- () Prematuridade extrema (< 28 semanas);
- () Prematuridade associada à doença metabólica óssea, cardiopatias, síndrome do intestino curto, refluxo gastroesofágico grave, pneumopatia em uso de oxigenioterapia;
- () Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para amamentação de crianças até 12 meses
- () Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional
- () Ganho de peso insuficiente no período de 30 dias*
- () Internação (para crianças até 6 meses – necessário relatório de alta hospitalar)
- () Gemelaridade
- () Doenças neurológicas/sequelas neurológicas pós parto
- () Doença do refluxo gastroesofágico (comprovada por laudo médico)
- () Impossibilidade de amamentação devido uso de medicamentos pela mãe (**necessário relatório médico com a patologia ou medicamento em uso**)
- () Mãe soropositiva
- () Mãe mastectomizada ou tratamento oncológico
- () Adoção ou institucionalização
- () Óbito materno
- () Neoplasia infantil
- () Dieta via enteral
- () Continuidade do tratamento – válido apenas para renovação do protocolo (até 12 meses)

OBSERVAÇÕES

* Necessária a participação nos programas de orientação e promoção do aleitamento materno oferecidos pelo município.

PRESCRIÇÃO DA FÓRMULA INFANTIL

Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia	Total / Mês
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Unidade de Saúde de referência: _____

Assinatura e Carimbo (Médico)

Data: ____/____/____

Tabela 1:**PADRONIZAÇÃO DAS QUANTIDADES MÁXIMAS A SEREM DISPENSADAS MENSALMENTE**

Fórmula Nutricional	Indicações	Quantidade máxima por mês
Fórmula infantil polimérica, hipercalórica, enriquecida com dha/ara e prebióticos, para nutrição oral ou enteral;	Crianças de 0 a 24 meses	12 Latas – 400g
Fórmula nutricional em pó infantil para nutrição oral ou enteral com até 20g de sacarose;	Crianças até 10 anos	Oral- 13 latas de 400g Enteral – 22 latas de 400g
Fórmula para lactentes com restrição à lactose, 100% de aminoácidos livres, com tcm, dha/ara;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil semi elementar em pó, com 100% de proteínas de soro de leite extensamente hidrolisada, hipoalergênica, com dha/ara e lactose;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula nutricional infantil para lactentes, com necessidades dietoterápicas especiais com restrição de lactose;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil em pó para lactentes de 0 a 12 meses com sintomas de regurgitação e/ou refluxo gastroesofágico;	Crianças de 0 a 12 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil semi elementar em pó, para lactentes e de seguimento, com 100% de proteína de soro de leite, extensamente hidrolisada, dha/ara, isenta de lactose;	Crianças de 0 a 24 meses	0-6 meses: 12 latas – 400g 6-12meses: 10 latas – 400g 12-24 meses: 8 latas – 400g
Fórmula infantil em pó, indicada para crianças de 0 a 6 meses;	Crianças de 0 a 6 meses	06 Latas – 800g
Fórmula infantil de seguimento em pó, indicada para crianças de 6 a 12 meses;	Crianças de 6 a 12 meses	04 Latas – 800g
Fórmula infantil de soja, indicada para lactentes de 0 a 6 meses;	Crianças de 0 a 6 meses	06 Latas – 800g

Fórmula infantil de soja, indicada para lactentes de 6 0 12 meses;	Crianças de 6 a 12 meses	04 Latas – 800g
--	--------------------------	-----------------

MODELO DE PRESCRIÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL INFANTIL

Fórmula infantil de partida em pó de 0 a 6 meses

1 – Sugestão de marca: Nan 1 ou Aptamil 1 – 06 Latas – 800g/mês

Fórmula infantil de seguimento em pó de 6 meses a 12 meses

1 – Sugestão de marca: Nan 2 ou Aptamil 2: 04 Latas – 800g/mês