

NUTRIÇÃO ENTERAL



Jaqueline Maffezzolli
Nutricionista Domiciliar
nutri.domiciliar@itajai.sc.gov.br

Regina Willrich Palm
Resp. Serviço de Nutrição - DAS
nutricaopedido.sms@itajai.sc.gov.br

SERVIÇO DE NUTRIÇÃO DAS/SMS

- 1 nutricionista no nível central - DAS/SMS.

- 7 nutricionistas que trabalham nas UBS (atendimento regionalizado e visita domiciliar/ nutri domiciliar)

**Obs: Nutricionista que realiza atendimento Domiciliar – exclusivo para pacientes
RESTRITOS AO LEITO.*

- 3 nutricionistas em Centros de Referência:

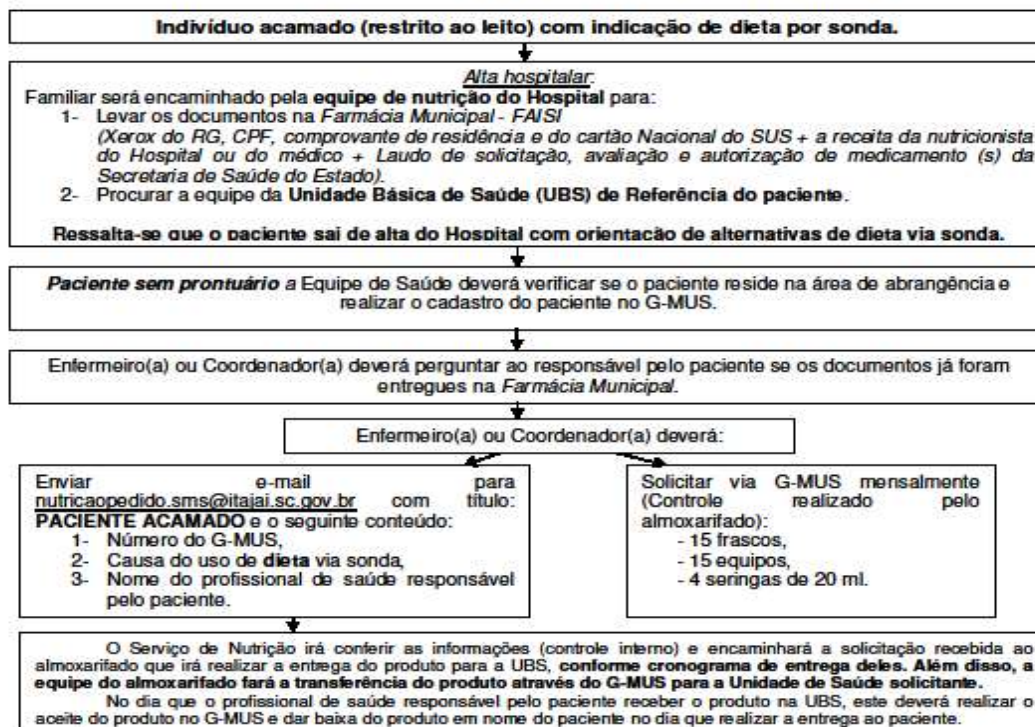
- 2 nutricionistas no CRESCEM (Alto Risco e Programa de FIE).

- 1 nutricionista no CTEA

- Total: 11 Nutricionistas

Itajaí, 24 de Fevereiro de 2023.

FLUXOGRAMA PARA O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO – 2 (ACAMADOS)



OBSERVAÇÕES:

PACIENTES ACAMADOS:

- 1) Adultos ACAMADOS que utilizam **dieta via sonda enteral**, recebem por alguns dias pela SMS e depois os familiares retiram a fórmula **mensalmente na Farmácia Municipal**, proveniente da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Por isso a importância de verificar no momento de alta se os familiares já levaram os documentos na Farmácia Municipal.
- 2) Crianças ACAMADAS que utilizam **dieta via sonda enteral**, realizar a solicitação enviando os dados do paciente (Nº G-MUS, causa do uso do suplemento, nome do profissional de saúde responsável) via e-mail: nutricaopedido.sms@itajai.sc.gov.br. A solicitação deverá ser feita pela equipe **mensalmente**. A SES fornece somente a partir de 10 anos.
- 3) Adultos ACAMADOS que necessitam de **suplemento alimentar**, realizar a solicitação enviando os dados do paciente (Nº G-MUS, causa do uso do suplemento, nome do profissional de saúde responsável) via e-mail: nutricaopedido.sms@itajai.sc.gov.br. A solicitação deverá ser feita pela equipe **mensalmente**.
- 4) Havendo necessidade de acompanhamento de nutricionista aos Pacientes ACAMADOS em uso de **dieta por sonda ou suplemento alimentar**, deve ser solicitado pela equipe de saúde responsável conforme descrito no Fluxograma para o Serviço de Nutrição-1.

PACIENTES NÃO ACAMADOS:

- 1) Os pacientes **Adultos e Crianças** que **NÃO SÃO ACAMADOS** e necessitam de **suplemento alimentar** a equipe de saúde responsável deverá encaminhar para acompanhamento ambulatorial com nutricionista de referência conforme descrito no Fluxograma para o Serviço de Nutrição -1.


As fórmulas deverão ser **DEVOLVIDAS**, se estiverem **LACRADAS** ao SAM, quando o paciente apresentar **melhora clínica ou for a óbito** e também deverá ser enviado pela equipe de saúde as seguintes informações para o e-mail nutricaopedido.sms@itajai.sc.gov.br: a) o nome completo do paciente; b) o nome do produto que está sendo devolvido; c) a quantidade de produto que está sendo devolvido; d) a data de validade do produto.

Para tirar dúvidas envie e-mail para: nutricaopedido.sms@itajai.sc.gov.br ou ligue 32495587.

Pedidos de dieta

- Dieta: enviar e-mail para nutricaopedido.sms@itajai.sc.gov.br
- Prescrição
- Nome completo do paciente
- Número do G-mus
- Motivo pelo uso da dieta
- Assinar e-mail (pois a dieta é enviada em nome do profissional solicitante)
- Protocolo do Município: 12 latas de 800g de dieta (entrega única)
- Familiares precisam dar entrada da documentação na FAISI para retirada das próximas dietas.

Pedidos de dieta



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado de Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. Número do CNEP*

2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3. Nome completo do Paciente*

4. Peso do paciente*
kg

5. Nome da Mãe do Paciente*

6. Altura do paciente*
cm

	7. Quantidade solicitada*					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

8. CID-10*

9. Diagnóstico

10. Anamnese*

11. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?

☐ NÃO
 ☐ SIM. Relatar:

12. Afetado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, sua dispensada a obrigatoriedade de presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO
 ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento:

Nome do responsável

13. Nome do médico solicitante*

14. Assinatura e carimbo do médico*

15. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16. Data da solicitação*

17. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (seu ou no item 12) ☐ Médico solicitante

☐ Outro, informar nome:

18. CPF

19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca
 ☐ Amarela
 ☐ Preta
 ☐ Indígena. Informar Etnia:
 ☐ Parda
 ☐ Sem informação

20. Telefone(s) para contato do paciente

21. Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22. Assinatura do responsável pelo procedimento*

23. Correlato eletrônico do paciente

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO

Pedidos de dieta



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
FARMÁCIA MUNICIPAL

Rua Manoel Vieira Garcia, 54 - Itajaí SC
Fone: (047) 3908-5876

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA
FARMACIA MUNICIPAL

Horário: 08: às 12:00h das 14:00 às 18:00h

Documentos necessários para abertura de processo

DOCUMENTOS:
(COPIAS)

- Carteira de Identidade;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Comprovante de residência atual (luz, água...) –
máximo 3 meses (Declaração de residência caso
o comprovante não esteja no nome do paciente)
- RG e CPF do responsável

- Receita médica com carimbo e a assinatura de médico e/ou nutricionista e com a posologia da dieta enteral industrializada;
- Laudo médico – todos os campos preenchidos sem rasura e /ou alterações e, com assinatura e carimbo do médico;

Orientações

Orientações gerais:

- Higiene de bancada e utensílios
- Preparação da dieta (temperatura, horário)
- Posicionamento do paciente
- Higienização e armazenamento de insumos (uso por 48hrs)

Orientações individuais:

- Volume de cada refeição
- Quantidade de medidas de dieta
- Número de refeições
- Tempo de administração e intervalos
- Hidratação

Possíveis Intercorrências

- Obstrução da sonda;
- Deslocamento da sonda;
- Pneumonia aspirativa;
- Diarréia (3 ou mais evacuações líquidas/dia por pelos menos 2 dias consecutivos);
- Constipação;
- Náuseas/Vômitos.

Obrigada!!

