

**FORMULAS INFANTIS ESPECIAIS
FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO**

(Deve ser preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)

Data da primeira consulta: ____ / ____ / ____

A) Identificação:

a. Nome: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Nome da mãe: _____ CNS do paciente: _____

b. Nome do profissional: _____

c. Nome da instituição: _____ CNES: _____

d. Solicitação: _____ Quantidade/mês: _____

CID: _____ **DIAGNÓSTICO:** _____

B) Sinais e sintomas clínicos presentes:

	Idade inicial	Tempo latência	Duração	Frequência	Último episódio	Tratamento recebido
--	---------------	----------------	---------	------------	-----------------	---------------------

Sintomas cutâneos

() urticária						
() prurido						
() rush						
() angioedema						
() dermatite						

Sintomas gastrintestinais

() dor abdominal						
() diarreia						
() constipação intestinal						
() vômito/ náusea						
() distensão abdominal						
() flatulência						
() sangue nas fezes						
() refluxo						

Sintomas respiratórios

() broncoespasmo						
() tosse						
() prurido orofaríngeo						
() rinite e coriza nasal						
() edema de laringe						

Outros

() anafilaxia						
() cefaléia						
() edema labial						
() otite						
() edema ocular						

* Tempo necessário entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas

Especifique os sintomas mais exacerbados

