



Prefeitura Municipal de Jaboticabal

DECRETO Nº 5.787, DE 27 DE JUNHO DE 2.012

(Regulamenta a entrega de LEITE (fórmula infantil) no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde destinada a criança com até 01 (um) ano de idade, como indicação terapêutica, solicitada por autoridade médica responsável pelo tratamento da criança.)

JOSÉ CARLOS HORI, Prefeito Municipal de Jaboticabal, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais;

Considerando o que dispõe a Lei Orgânica do Município, nos seus artigos 9º, VIII; 187, 188, 189, 190 e 191, XIII;

Considerando o disposto Decreto nº 5.406, de 18 de fevereiro de 2010, que cria a Comissão de Solicitações Especiais e regulamenta a entrega de medicamentos de alto custo no âmbito da rede municipal de saúde e dá outras providências;

Considerando a necessidade de regulamentar os protocolos dos pedidos de fornecimento de fórmula infantil no âmbito da rede municipal de saúde, de forma a tornar efetiva a aplicação dos referidos dispositivos legais;

DECRETA :

Art. 1º. No âmbito da rede municipal de saúde as solicitações de entrega de fórmula infantil (LEITE) obedecerá ao disposto neste Decreto.

Art. 2º. A solicitação de que trata o artigo 1º deverá ser protocolada junto ao Sistema Prático, através de Processo Administrativo, devendo para tanto ser obedecidos aos critérios biológicos de inclusão, conforme Anexo I, deste Decreto.

Parágrafo único. A solicitação deverá ser protocolada com o preenchimento do formulário próprio, conforme consta do Anexo II, sem prejuízo de atendimento ao que dispõe o Decreto que regulamenta as solicitações administrativas de entrega de medicamentos, equipamentos e suplementos alimentares no âmbito da rede municipal de saúde.

Art. 3º. As despesas decorrentes deste decreto serão suportadas com verba própria consignada no orçamento, suplementada, se necessário.

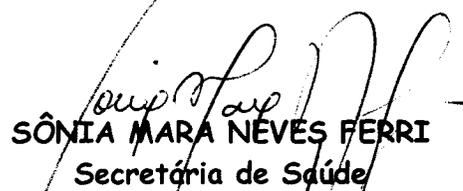


Prefeitura Municipal de Jaboticabal

Art. 4º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Jaboticabal, aos 27 de junho de 2.012.


JOSE CARLOS HORI
Prefeito Municipal


SÔNIA MARA NEVES FERRI
Secretária de Saúde


AIRTON CAMPLESI JUNIOR
Secretário de Administração

Registrado e publicado no Setor de Secretaria Geral, aos 27 de junho de 2.012.


IVANA MARIA MARQUES QUINTINO
Agente Administrativo



Prefeitura Municipal de Jaboticabal

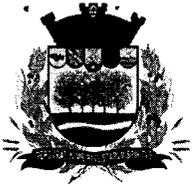
ANEXO I

PROTOCOLO DE INDICAÇÃO TERAPÊUTICA PARA USO DE FÓRMULA INFANTIL DESTINADA AS CRIANÇAS COM ATÉ 01(HUM) ANO DE IDADE, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO MÉDICO QUE REALIZA O SEGUIMENTO DAS MESMAS.

FÓRMULA INFANTIL 1º E 2º SEMESTRE CRITÉRIOS BIOLÓGICOS DE INCLUSÃO

- FISSURA LÁBIO PALATAL OU OUTRAS PATOLOGIAS QUE COMPROMETAM A SUCÇÃO COM PREJUÍZO NUTRICIONAL E IMPEDIMENTO PARA A AMAMENTAÇÃO DE CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES DE IDADE;
- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL COM DIAGNÓSTICO DE DESNUTRIÇÃO PARA CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES DE IDADE;
- PREMATURIDADE/GEMELARIDADE COM SEQUÊLAS E/OU COMPROMETIMENTO NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES DE IDADE;
- CAUSAS MATERNAS QUE IMPOSSIBILITEM A AMAMENTAÇÃO COMO: PSICOSES E USO DE DROGAS QUE CONTRA INDIQUEM A AMAMENTAÇÃO SEGUNDO O MANUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

OBS: OS CASOS DE INDICAÇÃO SOCIAL DEVERÃO SER ENCAMINHADOS PARA O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.



Prefeitura Municipal de Jaboticabal

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL

1- LOCAL DE ATENDIMENTO

PÚBLICO PRIVADO AMBOS CONVÊNIO QUAL _____
Unidade de Saúde _____

2- DATA: ____/____/____

3- IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

NOME _____ IDADE: _____

SEXO: MASCULINO FEMININO DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

HYGIA: _____ CARTÃO NACIONAL DO SUS: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO _____

TELEFONE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

HOSPITAL DE NASCIMENTO: _____

ESTÁ INSERIDO EM ALGUM PROGRAMA SOCIAL: SIM NÃO

QUAL _____

4- EVOLUÇÃO PODERO-ESTATURAL

PESO AO NASCER: _____ KG COMPRIMENTO AO NASCER: _____ CM

PESO ATUAL: _____ KG COMPRIMENTO ATUAL: _____ CM

DADOS ANTERIORES:

DATA: _____ IDADE: _____ KG. _____ CM.

DATA: _____ IDADE: _____ KG. _____ CM.

5- ESTADO NUTRICIONAL - NO ENCAMINHAMENTO

1 - MENOR QUE PERCENTIL 3 (P3)

2 - IGUAL OU MAIOR QUE P3 E MENOR QUE P15.

3 - IGUAL OU MAIOR QUE P15 E MENOR QUE P97.

4 - IGUAL OU MAIOR QUE P97.

6- ALIMENTAÇÃO NA ALTA HOSPITALAR APÓS O NASCIMENTO

LEITE MATERNO LEITE MATERNO + FÓRMULA FÓRMULA INFANTIL

IDADE NA ALTA: _____



Prefeitura Municipal de Jaboticabal

7- ALIMENTAÇÃO ATUAL

ALEITAMENTO MATERNO SIM EXCLUSIVO COMPLEMENTAR

NÃO IDADE DO DESMAME: _____

MOTIVO DO DESMAME: _____

OUTROS ALIMENTOS: SUCO FRUTAS PAPA CEREAIS PAPA LEGUMES

OUTROS: _____

LEITE MATERNO: Nº DE MAMADAS: _____

FÓRMULA INFANTIL: Nº DE MAMADAS: _____ VOLUME DE CADA MAMADA: _____

Nº DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM: _____

CONDIÇÕES DAS MAMAS: _____

Nº DE CONSULTAS MÉDICAS: _____

VISITA DOMICILIAR: SIM NÃO

8-DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO

COM SINAIS, SINTOMAS, DOENÇAS ASSOCIADAS E HISTÓRICO DE FÓRMULAS TESTADAS: _____

9- RESULTADO DE EXAMES: _____

10-INTERNAÇÃO HOSPITALAR SIM NÃO

DIAGNÓSTICO: _____

TEMPO DE INTERNAÇÃO: _____

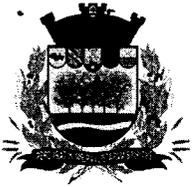
11- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA _____

12-CARACTERÍSTICAS DA FÓRMULA 1º SEMESTRE 2º SEMESTRE

EXCLUSIVA COMPLEMENTO

NÚMERO DE MAMADAS DIÁRIAS: _____ VOLUME DE CADA MAMADA: _____

TEMPO PREVISTO DE CONSUMO: _____



Prefeitura Municipal de Jaboticabal

13- IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ CRM: _____
ESPECIALIDADE: _____ TELEFONE DE CONTATO: _____

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

Serra