

FÓRMULA EXTENSAMENTE HIDROLISADA

isenta de sacarose, lactose e glúten

Alergia à Proteína do Leite de Vaca

Resolução SS nº 336, de 27 de novembro de 2007 ([Resolução na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: Pó para solução oral - Por grama (lata com 400 g)

CIDs contemplados: K21.0, K21.9, L27.2, J45.0, K52.2, K52.8, K52.9, K90.8, K90.9, T78.4

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação:

- 1 mês: 14 latas;
- 2 – 3 meses: 15 latas;
- 4 – 6 meses: 16 latas;
- 7 – 9 meses: 13 latas;
- 10 – 11 meses: 10 latas;
- 12 – 24 meses: 8 latas.

Mais informações: [Nota Técnica AF/SS nº 08, de 01 de outubro de 2013](#).

Responsável pelo financiamento: Secretaria de Estado da Saúde

Observações:

- Idade: 0 a 24 meses, conforme algoritmos do protocolo de tratamento da doença.
- Diluição: 01 colher-medida (4,3 g de pó) para cada 30 mL de água.
- Nome comercial PREGOMIN PEPTI®, fabricante Nutricia Cuijijk Bv, conforme [Ata de Registro de Preços vigente](#) (nº 085/2017).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais](#), original, preenchida de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: No campo “Outros: Provocação”, mencionar a data da realização do teste de provocação, fórmula nutricional utilizada e resultados obtidos.

2. Prescrição da fórmula nutricional, em duas vias, elaborada de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo o volume (ml) e a frequência de consumo diário.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

A critério do médico prescritor:

- Prick-test leite de vaca
- Prick-test soja
- RAST leite de vaca
- RAST alfa-lactoalbumina
- RAST beta-lactoglobulina
- RAST caseína
- RAST soja
- Sangue oculto nas fezes
- Alfa-1-Antitripsina fecal
- Relação albumina/globulina
- Anatomopatológico de estômago, esôfago, duodeno e/ou reto.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Renovação da Continuidade

1. [Ficha de Avaliação para Fornecimento de Fórmulas Infantis Especiais](#), original, preenchida de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: No campo “Outros: Provocação”, mencionar a data da realização do teste de provocação, fórmula nutricional utilizada e resultados obtidos.
2. Prescrição da fórmula nutricional, em duas vias, elaborada de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo o volume (mL) e a frequência de consumo diário.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;
4. Cópia dos exames:
A critério do médico prescritor:
 - Prick-test leite de vaca
 - Prick-test soja
 - RAST leite de vaca
 - RAST alfa-lactoalbumina
 - RAST beta-lactoglobulina
 - RAST caseína
 - RAST soja
 - Sangue oculto nas fezes
 - Alfa-1-Antitripsina fecal
 - Relação albumina/globulina
 - Anatomopatológico de estômago, esôfago, duodeno e/ou reto.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I – [Declaração autorizadora](#);

II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;

III – Número de telefone do representante.