

## FÓRMULA DE PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA

isenta de lactose

### Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)

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 ou 800 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** (de acordo com a Nota Técnica AF/SS nº 08, de 01 de outubro de 2013)

- Para dispensação:

- 1 mês: 5600 g;
- 2 – 3 meses: 6000 g;
- 4 – 6 meses: 6400 g;
- 7 – 9 meses: 5200 g;
- 10 – 11 meses: 4000 g;
- 12 – 24 meses: 3200 g.

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

**Responsável pelo financiamento:** Secretaria de Estado da Saúde

#### Observações:

- Idade: a partir 06 meses, conforme algoritmos do protocolo de tratamento da doença.
- Diluição: 01 colher-medida (4,6 g de pó) para cada 30 mL de água.
- Nome comercial APTAMIL SOJA 2<sup>®</sup>, fabricante Kasdorf S.A., conforme [Ata de Registro de Preços vigente](#) (nº 138/2017).

# 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 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.