

Ao,

Diretor Clínico / Diretor Técnico: _____

SND (Serviço de Nutrição e Dietética): _____

Chefe da Equipe de Enfermagem: _____

Médico: _____, do

Hospital _____.

Eu _____,
portador do CPF _____ e RG _____,
tenho o diagnóstico de **Doença Celíaca, CID 10 K90.0**, doença autoimune sistêmica
disparada pela ingestão de Glúten contido nos cereais trigo, cevada, centeio, aveia e
em seus derivados.

Por meio desta, informo que não posso, em hipótese alguma, ingerir ou entrar em
contato direto ou indiretamente com qualquer coisa que contenha glúten ou apresente
risco de contaminação cruzada com trigo, cevada, centeio, aveia e/ou derivados, seja
alimentos, medicação ou luva de procedimentos, porque isso significa um risco
acrescido de piora clínica ou de morte.

Sendo assim, minha alimentação deve ser preparada em local exclusivo, livre de
quaisquer traços de glúten, portanto, uma cozinha livre de qualquer alimento que
contenha glúten na sua composição. Porém, na ausência de ambiente adequado, o
hospital deverá terceirizar a alimentação ou permitir que eu ou minha família providencie
uma alimentação segura e adequada. Por fim, esclareço que a Dieta sem Glúten é o
único tratamento para eu possa alcançar saúde e qualidade de vida.

Coloco em vossas mãos minha saúde, amparada pela Constituição Federal e Código
de Defesa do Consumidor. Diante disto, acredito que Vossas Senhorias irão informar e
capacitar toda sua equipe para o atendimento do paciente celíaco com segurança.

Certo de vossa atenção,

(Assinatura do Paciente)

Recebido em:

_____, ____ de _____ de _____.

