

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 _____,
responsável pelo paciente _____

declaro que ele(a) possui 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 este(a) paciente não pode, 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, a 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 esse(a) paciente possa alcançar saúde e qualidade de vida.

Coloco em vossas mãos a saúde desse paciente, 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 responsável pelo paciente)

Recebido em:

_____, ____ de _____ de _____.

