

Formulario Dietoterápico

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. ___/___/___

Beneficiario N°: _____

Tel: Fax: Mail: _____

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción: _____

Resumen de HC grado de desnutrición, descripción del cuadro clínico actual. Anexar protocolos de valores informados. Fundamentación del suplemento dietario, frente al empleo de alimentos frescos procesados: _____

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS

Edad: _____ Sexo: _____ Talla: _____ IMC: _____ Pliegue tricípital: _____ Circunferencia del brazo: _____
 Peso Actual: _____ Peso Ideal: _____ Peso previo: _____ Peso seco (en dializados): _____

ADJUNTAR LABORATORIOS

| | |
|------------------------|-------------------------|
| Albúmina | Creatininemia |
| Proteínas totales | Uremia |
| Linfocitos | Calcio (en IRC) |
| Glucemia | Fósforo (en IRC) |
| Hemograma | Potasio (en IRC) |
| Colesterolemia | Cl. Creatinina (en IRC) |
| Trigliceridemia | Hb A1c (en DBT) |
| Transferrina/ Ferremia | |

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| VTC (Valor Calórico Total) | Sodio (En IRC) |
| H de C g% | Potasio (En IRC) |
| Proteínas g% | Tiempo estimado de suplementación: |
| Grasas g% | % VCT a cubrir c/ el dietoterápico: |
| Fósforo (En IRC) | Oral Máximo 24.000 kal / mes |
| Calcio (En IRC) | Enteral Máximo 60.000 kal / mes |

VÍA DE ALIMENTACIÓN ACTUAL

Oral Yeyunostomía Parenteral SNG Gastrostomía

Otra: _____

DIETOTERÁPICO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

| Específico | Presentación | Dosis diaria | Cantidad de envases/ Mes |
|------------|--------------|--------------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |

 Lugar Tel, Celular: _____

 Mail: _____

Fecha FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.