

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

Beneficiario N°: _____

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: _____
_____ Fax: _____

_____ FECHA _____ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA _____ Mail: _____

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