

FORMULARIO DE DIETOTERÁPICOS



Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:			
Nº de Afiliado:		DNI:	
Teléfono de contacto:		Fecha de Nac:	/ /

Diagnóstico CIE 10 Principal y secundario (respaldatorio de la prescripción)

Resumen de HC: Grado de desnutrición, descripción del cuadro clínico actual. Anexar estudios complementarios que objetiven la enfermedad. Clara fundamentación del suplemento dietario, frente al empleo de alimentos frescos procesados.

Parámetros Antropométricos

Edad		Peso Actual		Pliegue Tricipital	
Sexo		Peso Ideal		Cirunferencia del Brazo	
Talla		Peso Previo			
IMC		Peso Seco (en dializados)			

Parámetros Bioquímicos (Adjuntar protocolos de laboratorios firmados por el bioquímico)

Hematíes		Uremia		Colesterol Tot.	
Albúmina		Cratininemia		HDL	
Proteínas Totales		Glucemia		Trigliceridemia	

Requerimientos Nutricionales

Valor calórico total (cal)		Fósforo (en IRC)	
H de C (g %)		Calcio (en IRC)	
Proteínas (g %)		Sodio (en IRC)	
Grasas (g %)		Potasio (en IRC)	
% de VCT a cubrir con el Dietoterápico		Tiempo estimado de Suplementación	

Vía de Alimentación Actual (Marque con una X)

Oral		Yeyunostomía		Parental		SNG		Gastrostomía		Otra	
------	--	--------------	--	----------	--	-----	--	--------------	--	------	--

Dietotérápico Solicitado por Vía de Excepción.

Específico	Presentación	Dosis Diaria	Cantidad Env./ mes

Datos del Médico Especialista

Lugar y Fecha	/ /	Firma y Sello	
Celular de Contacto			
Correo Electrónico			

Todos los datos deben estar complementos con letra clara y legible.

La presente solicitud tiene carácter de **Declaración Jurada**

La incompleta y/o errónea confección de esta planilla puede no ser aceptada ni auditada