

Prescripción de dietoterápicos

FORMULARIO DE INICIO



Apellido y nombre _____

Afiliado/a N°: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____ Edad: _____

Diagnóstico principal y secundarios			
Resumen de historia clínica			
Cuadro clínico y tiempo de evolución. Fundamentar suplemento dietario frente al empleo de alimentos frescos.			
Suplementos actuales: SÍ / NO		¿Cuáles?:	
Capacidad funcional conserv.: SÍ / NO	Trabajo parcial: SÍ / NO	Ambula no trabaja: SÍ / NO	En cama: SÍ / NO
Demanda metabólica incrementada: SÍ / NO	Leve	Moderada	Severa (quemadura, politrauma)
Vía de alimentación actual (Llenar con una X)			
Oral:	Yeyunostomía:	Parenteral:	SNG:
			Gastrostomía:
			Otra:
Parámetros bioquímicos			
Fecha del último informe: ___/___/20___ (Transcribir resultados o adjuntar copia)			
Hemograma:	Glucemia:	Colesterol T.:	Creatinina:
Linfocitos:	Clearence Cr:	Triglicéridos:	Urea:
Proteinograma: PT	Proteinograma: Alb	Sodio (IRC):	Potasio (IRC):
Fósforo (IRC):	Calcio (IRC):	HbA1C (DBT):	

Lugar y fecha: ___/___/20___

Firma y sello

Tel./Celular: _____

Médico/a _____

Mail: _____

Parámetros antropométricos			
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Talla:	Peso actual:	IMC:
Peso ideal:	Peso seco (IRC):	Pliegue Tricipital:	Circunferencia braquial:
Requerimientos nutricionales			
VCT Cal:	Proteínas g:	Fósforo (IRC):	Sodio (IMC):
HdeC g%:	Grasas g%:	Calcio (IRC):	Potasio (IRC):
Dietoterápico solicitado			
Porcentaje de VCT a cubrir:		Tiempo estimado de suplementación:	
Nombre comercial	Presentación	Dosis diaria	Cant. envases/mes

Lugar y fecha: ___/___/20___

Firma y sello

Tel./Celular: _____

Lic. Nutrición _____

Mail: _____