

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: _____