

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:		Cleadance 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: _____