



MF.12 – DIETOTERÁPICOS

Auditoría Médica



Datos del Afiliado		
Apellido y Nombre		
Edad		
DNI / N° de Afiliado		
Teléfono de Contacto		

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	circunf. brazo
talla	peso hace 3 meses	
IMC	peso seco (en dializados)	

Parámetros bioquímicos (adjuntar protocolos de laboratorio firmados por el bioquímico)		
albúmina	colesterolemia	calcio (en IRC)
proteínas totales	trigliceridemia	fósforo (en IRC)
linfocitos	transferrina	potasio (en IRC)
glucemia	creatininemia	Cl. creatinina (en IRC)
hemograma	uremia	Hb A1c (en DBT)

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)
% VCT a cubrir c/ el dietoterápico	tiempo estimado de suplementación	

Vía de alimentación actual		
oral	yeyunostomía	parenteral
SNG	gastrostomía	otra

Dietoterápico solicitado por vía de excepción			
Específico	Presentación	Dosis diaria	Cantidad env./ mes

Datos del Médico Especialista	
Lugar y fecha Celular contacto: Correo Electrónico:	Firma y sello

Evaluación socio-ambiental (nutricionista o médico solicitante)	
Informar con quién vive el paciente, si es o no autoválido, si cuenta con los recursos suficientes para comprar alimentos frescos, si recibe colaboración de su entorno. De hallarse internado en un geriátrico evaluar si los cuidados que se le brindan son adecuados.	
Lugar y fecha	Firma y aclaración o sello del nutricionista, enfermero o asistente social

NOTA: Todos los datos deben estar completos con letra clara y legible.-