

SOLICITUD DIETERÁPICOS

Nombre y Apellido		Fecha Nac. / /	
Beneficiario N°		Expediente N°	
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
Lugar y fecha		Firma y sello del médico especialista	
Evaluación socio-ambiental (nutricionista, médico tratante)			
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, aclaración y sello del nutricionista o médico tratante.	