

Formulario Dietoterápico

Nombre y Apellido:.....

N° de Afiliado:..... Fecha de Nac.:...../...../..... Teléfono:.....

Diagnóstico CIE 10 principal y secundario (respaldatorio de la prescripción):.....

Resumen de HC: grado de nutrición, descripción del cuadro clínico actual. Anexar protocolos de valores informados. Fundamentación de suplemento dietario, frente al empleo de alimentos frescos procesados

Parámetros Antropométricos			
Edad	Peso actual	Pliegue tricípital	
Sexo	Peso ideal	Circunf. brazo	
Talla	Peso hace 3 meses		
IMC	Peso seco (en dializado)		
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 A 1 c (en DBT)	
Requerimientos nutricionales			
Valor Calórico Total	Fósforo (en IRC)		
Cal			
H de G	Calcio (en IRC)		
g%			
Proteínas	Sodio (en IRC)		
g%			
Grasas	Potasio (en IRC)		
g%			
% VCT a cubrir c/ el dietoterápico	Tiempo estimado de suplementación		
Vía de alimentación actual			
Oral	Yeyunostomía	Parental	
SNG	Gastrostomía	Otra	
Vía de alimentación actual			
Específico	Presentación	Dosis Diaria	Cantidad env./mes

Fecha: / /

MATRICULA

PROFESIONAL

Tel:
Fax:
Mail:

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra legible, lo cual agilizará el trámite evitando demoras.

