

Formulario Dietoterápico

Nombre y Apellido:
 Nº de Afiliado: Fecha de Nac: ____/____/____
 Teléfono:

Diagnóstico CIE 10 principal y secundario (respaldatorio de la prescripción):
 Resumen de HC: grado de desnutrición, descripción del cuadro clínico actual. Anexar protocolos de valores informados. Fundamentación de suplementación dietaria, frente al empleo de alimentos frescos procesados.

Parámetros Antropométricos

Edad	Peso actual	Piégue 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)

Albumina	Colesterolemia	Calcio (en IRC)
Proteínas totales	Triglicéridemia	Fósforo (en IRC)
Linfocitos	Transferrina	Potasio (en IRC)
Glucemia	Creatinemia	Cl. creatinina (en IRC)
Hemograma	Uremia	Hb A1c (en DBT)

Requerimientos nutricionales

Valor calórico total cal	Fósforo (en IRC)
H ₂ O de C %	Calcio (en IRC)
Proteínas %	Sodio (en IRC)
Grasas %	Potasio (en IRC)
% 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: ____ / ____ / ____
 Firma y Sello del médico
 Tel:
 Fax:
 Mail:

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