

Nombre y Apellido			
Beneficiario N°		Fecha Nac. / /	
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 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	Tel	
		Fax	
		Mail	
NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite evitando demoras			