



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

PLAN TERAPÉUTICO NUTRICIONAL/ENDOCRINOLÓGICO

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

TRÁMITE DE PREFERENTE DESPACHO

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S _____ / _____ D:

El/la que suscribe.....

DNI N°.....se dirige a usted y por su intermedio a quién
corresponda a fin de solicitar autorice al personal del Servicio Propio de Farmacia a dispensar los
medicamentos conforme al Plan Terapéutico e Historia Clínica que acompaño: para el titular /
para mi familiar.....DNI N°.....
(Adherente/Integrado).

Adjunto fotocopia de carnet, DNI (1° y 2° hoja) del beneficiario
como así también DNI y último recibo de haberes del titular.

Sin otro particular, saludo atentamente.

.....

Firma

.....

DNI

.....

Facultad o Instituto

.....

Teléfono

Formulario DIETOTERÁPICOS UNICO

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

DNI: _____ Beneficiario: _____ Instituto: _____

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

Resumen de historia clínica de grado de desnutrición, descripción del cuadro clínico actual. Anexar protocolo de valores informados

Fundamentación del suplemento dietario, frente al empleo de alimentos frescos procesados: _____

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS

Edad: Sexo Talla IMC Pliegue Tricipital Circunferencia del brazo

Peso actual **Peso pretendido/optimo** Peso Previo

Peso Seco (en dializados)

Circunferencia de cintura **Circunferencia abdominal**

Coefficiente de grasa corporal **este se obtiene diviendo los dos anteriores**

ADJUNTAR LABORATORIOS

Hemograma

Creatininemia

Glucemia

Uremia

Colesterolemia

Calcio (en IRC)

Trigliceridemia

Fósforo (en IRC)

Proteínas totales

Potasio (en IRC)

Linfocitos

Cl. Creatinina (en IRC)

Transferrina / Ferremia

Hb A1c (en DBT)

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

VTC (Valor Calórico Total)

Sodio (En IRC)

H de C g%

Potasio (En IRC)

Proteínas g%

Tiempo estimado de suplementación:

Grasas g%

% VCT a cubrir c/el dietoterápico

Fósforo (En IRC)

Oral Máximo 24.000 kal / mes

Calcio (En IRC)

Enteral Máximo 60.000 kal / mes

VIA DE ALIMENTACIÓN ACTUAL

Oral Yeyunostomía Parenteral SNG Gastronomía

Otra: _____

Próximo control:

DATOS DEL ESPECIALISTA

Nombre y apellido:

Teléfono:

Dirección:

FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA

DIETOTERÁPICO ACEPTADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Específico	Presentación	Dosis diaria	Cantidad de envases / Meses
------------	--------------	--------------	-----------------------------

Lugar

Teléfono: _____

Fax: _____

Fecha

FIRMA Y SELLO MÉDICO ESPECIALISTA

Mail: _____

Nota: Los datos deben estar completos y con letra clara y legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora

Formulario DIETOTERÁPICOS UNICO

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

DNI: _____ Beneficiario: _____ Instituto: _____

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

Resumen de historia clínica de grado de desnutrición, descripción del cuadro clínico actual. Anexar protocolo de valores informados

Fundamentación del suplemento dietario, frente al empleo de alimentos frescos procesados: _____

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS

Edad: Sexo Talla IMC Pliegue Tricipital Circunferencia del brazo

Peso actual **Peso pretendido/optimo** Peso Previo

Peso Seco (en dializados)

Circunferencia de cintura **Circunferencia abdominal**

Coefficiente de grasa corporal **este se obtiene diviendo los dos anteriores**

ADJUNTAR LABORATORIOS

Hemograma

Creatininemia

Glucemia

Uremia

Colesterolemia

Calcio (en IRC)

Trigliceridemia

Fósforo (en IRC)

Proteínas totales

Potasio (en IRC)

Linfocitos

Cl. Creatinina (en IRC)

Transferrina / Ferremia

Hb A1c (en DBT)

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

VTC (Valor Calórico Total)

Sodio (En IRC)

H de C g%

Potasio (En IRC)

Proteínas g%

Tiempo estimado de suplementación:

Grasas g%

% VCT a cubrir c/el dietoterápico

Fósforo (En IRC)

Oral Máximo 24.000 kal / mes

Calcio (En IRC)

Enteral Máximo 60.000 kal / mes

VIA DE ALIMENTACIÓN ACTUAL

Oral Yeyunostomía Parenteral SNG Gastronomía

Otra: _____

Próximo control:

DATOS DEL ESPECIALISTA

Nombre y apellido:

Teléfono:

Dirección:

FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA

DIETOTERÁPICO ACEPTADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Específico	Presentación	Dosis diaria	Cantidad de envases / Meses
------------	--------------	--------------	-----------------------------

 Lugar

Teléfono: _____

Fax: _____

 Fecha

FIRMA Y SELLO MÉDICO ESPECIALISTA

Mail: _____

Nota: Los datos deben estar completos y con letra clara y legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora