



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”

1994 - 2024
30 años
De la Consagración Constitucional
de la Autonomía y Autarquía
Universitaria en Argentina

**PLAN TERAPÉUTICO
NUTRICIONAL/ENDOCRINOLÓGICO**

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

TRÁMITE DE PREFERENTE DESPACHO

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. 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

Sexo Talla Circunferencia del brazo

Peso actual Peso pretendido/optimo Edad: IMC Pliegue Tricipal Peso Previo

Peso Seco (en dializados)

Circunferencia de cintura Circunferencia abdominal

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

ADJUNTAR LABORATORIOS

Hemograma	Creatininemia	
Glucemia	Uremia	
	Coolest	erolemia
	Triglic	eridemia
	Proteí	nas
		totales
		Potasio (en IRC)
		Cl. Creatinina (en IRC)
Linfocitos		Hb A1c (en DBT)
Transferrina / Ferremia		

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

Teléfono: _____

Lugar

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