



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

<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Talla	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Circunferencia del brazo	
Peso actual	<input type="text"/>	Peso pretendido/optimo	Edad: IMC	<input type="text"/>	Pliegue Tricipal	Peso Previo <input type="text"/>	<input type="text"/>
Peso Seco (en dializados)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Circunferencia de cintura	<input type="text"/>	Circunferencia abdominal	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Coefficiente de grasa corporal	este se obtiene dividiendo los dos anteriores			

#### ADJUNTAR LABORATORIOS

<b>Hemograma</b>	<b>Creatininemia</b>
Glucemia Uremia	
Coolest	erolemia Calcio (en IRC)
Triglic	eridemia Fósforo (en IRC)
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*