

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 Seco (en dializados)

 Circunferencia de cintura Circunferencia abdominal
 Coeficiente de grasa corporal *este se obtiene diviendo los dos anteriores*

ADJUNTAR LABORATORIOS

Hemograma		Creatininemia	
Glucemia	Uremia		
	Coolest	erolemia	Calcio (en IRC)
	Triglic	eridemia	Fósforo (en IRC)
	Proteí	nas	Potasio (en IRC)
		totales	
		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