

PLAN TERAPÉUTICO NUTRICIONAL/ENDOCRINOLÓGICO

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

TRÁMITE DE PREFERENTE DESPACHO

Sr. Delegado Rectoral del ISSUNNE

Méd. Raúl Andrés Duarte

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

Coefficiente de grasa corporal *este se obtiene dividiendo 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