

## PLANILLA 113 - SOPORTE NUTRICIONAL NIÑOS MENORES DE 16 AÑOS

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE										APELLIDO									
EDAD		N° DE BENEFICIARIO								TELÉFONO									

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS NIÑOS

EDAD	Años	meses	EDAD CORREGIDA	Años	meses	LACTANCIA	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
PESO	Kg		TALLA	cm		INCREMENTO DE PESO		
IMC	VALORACIÓN NUTRICIONAL							

### PARÁMETROS BIOQUÍMICOS

Adjuntar fotocopia de laboratorio

### REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

VALOR CALÓRICO TOTAL	Kcal /día	% A CUBRIR CON	LA FÓRMULA
PROTEÍNAS	g/día	CARBOHIDRATOS	g/día
		LÍPIDOS	g/día
TIEMPO ESTIMADO DE SUPLEMENTACIÓN			

### VÍA DE ALIMENTACIÓN

ORAL	SNG	SNY	GASTROSTOMÍA	YEYUNOSTOMIA	PARENTERAL
------	-----	-----	--------------	--------------	------------

### FÓRMULA SOLICITADA

TIPO DE FÓRMULA <sup>1</sup>			
FORMA DE PRESENTACIÓN			
CANTIDAD DIARIA		CANTIDAD MENSUAL	

1. En caso de que se especifique solo la marca del producto, auditoría de DOSUBA, podrá cambiar la misma, contemplando el tipo de fórmula y la composición nutricional de la misma
2. El protocolo tendrá un período de evaluación de 96hs hábiles sin excepción.
3. Cuando el afiliado tenga Certificado único de discapacidad deberá presentar una copia.

Contacto del profesional tratante: \_\_\_\_\_