



PLANILLA 114 - SOPORTE NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES DE 16 AÑOS

FECHA ___/___/___

Table with columns for NOMBRE, APELLIDO, EDAD, N° DE BENEFICIARIO, and TELÉFONO.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: _____

ANTECEDENTES: _____

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS ADULTOS

Table for anthropometric parameters including PESO HABITUAL, PESO ACTUAL, TALLA, IMC, and VALORACIÓN NUTRICIONAL.

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS

Adjuntar fotocopia de laboratorio

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Table for nutritional requirements including VALOR CALÓRICO TOTAL, PROTEÍNAS, CARBOHIDRATOS, LÍPIDOS, and TIEMPO ESTIMADO DE SUPLEMENTACIÓN.

VÍA DE ALIMENTACIÓN

Table for feeding route with options: ORAL, SNG, SNY, GASTROSTOMÍA, YEYUNOSTOMIA, PARENTERAL.

FÓRMULA SOLICITADA

Table for formula details including TIPO DE FÓRMULA, FORMA DE PRESENTACIÓN, CANTIDAD DIARIA, and CANTIDAD MENSUAL.

- 1. En caso de que se especifique solo la marca del producto, auditoría de DOSUBA, podrá cambiar 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.

Requiere bomba de infusión continua SI [] NO []

Contacto de profesional tratante _____

Si requiere bomba de infusión debe presentarse en el departamento de salud, de lo contrario en el área de farmacia.