



DASPU
FORMULARIO de DIETOTERICOS

NOMBRE Y APELLIDO:		FECHA: ___/___/___
DNI:		EDAD:
DIAGNOSTICO PRINCIPAL Y SECUNDARIO (respaldatorio de la prescripción):		
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA/		
Grado de desnutrición leve: ___ moderado: ___ grave: ___		
Descripción de cuadro clínico actua		
Fundamentación del suplemento dietario frente al empleo de alimentos frescos procesados		
Transtorno deglutorio concomitante	no: si:	especificar:
Admite alimento fresco procesado?	no: si:	especificar:
Antecedentes clínicos:		
Parámetros antropométricos		
edad:	peso actual:	plieg.tricipital:
sexo:	peso ideal:	circunsf.brazo.
talla:	peso hace 3 meses:	percentil
IMC:	peso seco(en dializados):	
Parámetros bioquímicos (<i>adjuntar laboratorio firmado por bioquímico</i>)		
Albúmina:	Colesterol total:	Calcio(en IRC):
Proteínas totales:	Trigliceridemia:	Fósforo(en IRC):
Linfocitos	Colesterol LDL:	Potasio(en IRC)
Glucemia:	Colesterol HDL:	CL.creatinina(en IRC):
Hemograma:	Cretininemia:	otros:
Uremia:	Hb A1c(en DBT):	
Requerimientos nutricionales (<i>para ser completado por el Lic. En Nutrición</i>)		
Tiempo estimado tratamiento (en meses):		Fósforo(en IRC):
Valor calorico diario total (kcal/día)		Calcio(en IRC):
HdC g%		Sodio(enIRC):
Proteínas g%:		Potasio(en IRC):
Grasas g%:		
Vía de alimentacion actual		
oral:	yeyunostomia:	parenteral:
SNG:	gastrotomia:	otra:
Alimentación solicitada		
Código solicitado(según vademecum)	Presentación	Cantidad de envases mensuales
Sello de la Institución	Firma y sello médico	Firma y sello del Lic en nutrición

* el formulario debera estar firmado tanto por el medico tratante como por el nutricionista.

**las marcas solicitadas son a modo orientativo y estan sujetas al proveedor del convenio vigente.