

HC N°

PROGRAMA DE PATOLOGIAS CRONICAS – DESNUTRICION Y DIETOTERAPICOS

El presente debe ser confeccionado EXCLUSIVAMENTE por el médico especialista y completadas ambas caras en su totalidad, con letra clara y legible

TRAMITE SUJETO A AUDITORIA MEDICA

REQUISITOS PRIMERA VEZ:

- ORIGINAL FORMULARIO F.114
- FOTOC DNI - CIPE
- FOTOC DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD)
- FOTOC ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNOSTICO

REQUISITOS RENOVACION:

- ORIGINAL FORMULARIO F.114
- CONSTANCIA ANTERIOR (ORIGINAL)
- FOTOC DNI - CIPE
- FOTOC DE CERTIFICADO CERPRES (DISCAPACIDAD)
- FOTOC ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNOSTICO

APELLIDO y NOMBRE	DNI:
Acompañante (Familiar, tutor, etc)	Teléfono:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Fecha:
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Fecha:

DESCRIPCION CUADRO CLINICO ACTUAL- COMORBILIDADES:

GRADO DE DESNUTRICION:

DATOS ANTROPOMETRICOS

PARAMETROS BIOQUIMICOS

Edad	Peso Actual	Hematocrito	Glucemia	Hb A1c	Albúmina	Proteínas totales	Colesterol total	Triglicéridos	Creatinina	Uremia
Sexo	I.M.C.	Función hepática				Función renal				
Talla	Peso ideal									
Circunf. Cintura	Peso hace 3 meses									

VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

Pérdida de peso en los últimos 3 meses: %	Aumento	
	Sin cambio	
	Disminuyo	
Cambios en el aporte dietético	Duración:	Dieta oral solida insuficiente
		Dieta oral liquida hipocalórica
		Dieta oral liquida exclusivamente
		Ayuno completo
Síntomas gastrointestinales (de duración superior a 2 semanas)	Ninguno	Disfagia
	Náuseas	Dolor abdominal
	Vómitos	anorexia
	Diarrea	Otro:
Capacidad funcional	Completa	
	Disfunción:	Trabajo limitado
	Duración	Ambulante
		Postración

REQUERIMIENTO NUTRICIONAL				VIA DE NUTRICION	
Valor calórico total	%	I.R.C. / DIALISIS	Calcio	Oral	SNG
H. de Carbono	%		Fósforo	Gastrostomía	Yeyunostomía
Proteínas	%		Potasio	Parenteral	Con bomba
Grasas	%		Sodio	Observaciones:	

COMPLEMENTO O SUPLEMENTO NUTRICIONAL SOLICITADO					
COMPOSICION	PRESENTACION	PESO / VOLUMEN	DOSIS DIARIA	PERIODO	TIEMPO MAXIMO DE TRATAMIENTO

Fecha..... /...../.....

.....
Firma y sello profesional

AUDITORIA MEDICA - AUTORIZACION						
COMPOSICIÓN	POTENCIA en UI /ml	FORMA FARM.	DOSIS	TAMAÑO ENVASE	FRECUENCIA CONTROL MEDICO	PERIODO MAXIMO DE AUTORIZACIÓN
Rp1						
Rp2						
Rp3						
Rp4						

Fecha..... /...../.....

.....
Firma y sello profesional

OBSERVACIONES –RESERVADO AUDITORIA MEDICO FARMACEUTICA		
RENOVACION CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>	MODIFICACIONES <input type="checkbox"/>	RENOVACION CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>

Fecha..... /...../.....

.....
Firma y sello profesional