

F.114

Área Planes Especiales
Uso Interno

H.C.N°

OBS

El presente formulario debe ser confeccionado exclusivamente por médico especialista y completas ambas caras, en su totalidad, con letra clara y legible

TRÁMITE SUJETO A AUDITORÍA MÉDICA

REQUISITOS PRIMERA VEZ:

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

REQUISITOS RENOVACIÓN:

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

NOMBRE Y APELLIDO	DNI N°
ACOMPANANTE (familiar, tutor, etc.)	TELÉFONO

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		Fecha:								
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO		Fecha:								
DIAGNÓSTICO CUADRO CLÍNICO ACTUAL - COMORBILIDADES										
GRADO DE DESNUTRICIÓN										
DATOS ANTROPOMÉTRICOS		PARÁMETROS BIOQUÍMICOS								
Edad	Peso Actual	Hematocrito	Glucemia	Hb A1c	Albúmina	Proteínas Totales	Colesterol Total	Triglicéridos	Creatinina	Uremia
Sexo	I.M.C.									
Talla	Peso Ideal	Función Hepática			Función Renal					
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 calórico	Duración:	Dieta oral sólida insuficiente	
		Dieta oral líquida hipocalórica	
		Dieta oral líquida exclusivamente	
		Ayuno completo	
Síntomas gastrointestinales (de duración superior a 2 semanas)	Ninguno	Disfagia	
	Náuseas	Dolor abdominal	
	Vómitos	Anorexia	
	Diarrea	Otro:	
Capacidad funcional	Disfunción:	Trabajo limitado	
		Ambulante	
		Postración	
	Duración:		

REQUERIMIENTO NUTRICIONAL

VÍA DE ADMINISTRACIÓN

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

COMPOSICIÓN	PRESENTACIÓN	PESO / VOLUMEN	DOSIS DIARIA	PERIODO	TIEMPO MÁXIMO DE TRATAMIENTO

Fecha: / /

Firma y sello profesional

planesespeciales@dosep.sanluis.gob.ar

DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL DEL ESTADO PROVINCIAL - CHACABUCO 483 - WWW.DOSEP.SANLUIS.GOB.AR

AUDITORÍA MÉDICA - AUTORIZACIÓN

	DROGA O ASOCIACIÓN	POTENCIA en UI/ml	FORMA FARM.	DÓSIS	TAMAÑO ENVASE	% COB	FRECUENCIA CONTROL MÉDICO	PERÍODO AUTORIZADO
Rp1								
Rp2								
Rp3								
Rp4								

Fecha: / /

Firma y sello profesional

OBSERVACIONES - RESERVADO AUDITORÍA MÉDICO FARMACEUTICA

RENOVACIÓN CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>	MODIFICACIONES <input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN CON CAMBIOS <input type="checkbox"/>

Fecha: / /

Firma y sello profesional