

Solicitud de Soporte Nutricional

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre: _____
N° de Afiliado: _____ Tel.: _____
E-mail: _____

Diagnóstico principal

Resumen de Historia Clínica

Parámetros antropométricos

Edad: _____ Sexo: _____ Talla: _____ Peso actual: _____ Peso ideal: _____ IMC: _____
Peso habitual: _____ % de pérdida de peso: _____ Periodo de pérdida de peso: _____

Diagnóstico nutricional: _____

Requerimientos nutricionales:
VCT (Kcals) _____ Req. proteico (g) _____ % de cobertura de VCT por VO: _____

Tipo de soporte nutricional:
 Oral Enteral (SNG, Gastrostomía, Yeyunostomía) Parenteral

Parenteral:
Vía de administración: Central Periférica
Tipo de fórmula: Magistral Estándar

Composición:
Volumen total: _____ ml
Dextrosa: _____ g
Aminoácidos: _____ g
Lípidos: _____ g (Tipo de emulsión _____)

Formula dietoterápica solicitada:

Específica	Presentación	Volumen por día	Envases por mes

Tiempo estimado de soporte nutricional: 7 días 15 días 30 días

Objetivo de tratamiento: _____

Lugar de recepción y administración del soporte nutricional:

Domicilio: _____
Internación: (Institución: _____)
Otro: _____