



PRESCRIPCIÓN INICIAL DE DIETOTERÁPICOS

Apellido y Nombre							
Af N°		Fecha de Nacimiento		Edad			
Diagnóstico principal y secundarios CIE 10							
Resumen de historia clínica (En * sólo colocar Sí/No)							
Cuadro clínico y tiempo de evolución. Fundamentar suplemento dietario frente al empleo de alimentos frescos.							
Cambio de ingesta		Sí No		Desde hace días / semanas / meses			
Suplementos actuales		Sí No		Cuál?			
Síntomas G.I.		Sí No		Náusea(*)	Vómito(*)	Diarrea(*)	Dolor(*)
Edema(*)		Ascitis(*)		Lesión mucosa(*)		Piel(*)	Cabello(*)
Capacidad funcional		No	Trabajo parcial		Ambula no trabaja		En cama
Demanda metabólica (estrés)		No		Moderado	Severo (quemadura, trauma)		
Vía de alimentación actual							
Oral	Yeyunostomía		Parenteral	SNG	Gastrostomía	Otra	
Parámetros bioquímicos							
Hemograma		Glucemia		Colesterol T.		Creatinina	
Linfocitos		HbA1C (DBT)		Triglicéridos		Urea	
Transferrina		Cleadance Cr					
Fósforo (IRC)		Calcio (IRC)		Sodio (IRC)		Potasio (IRC)	
Proteinograma E: PT		Alb	α	β1	β2	δ	

Firma y sello Médico

Tel/Celular

Mail

Lugar y fecha

Parámetros Antropométricos (con * sólo colocar Sí/No)						
Sexo		Peso ideal		Peso seco (IRC)		
Talla		Peso hace 3 meses		Pliegue Tricipital		
Peso actual		IMC		Circunferencia braquial		
Requerimientos nutricionales						
VCT Cal			Fósforo (IRC)			
HdeC g%			Calcio (IRC)			
Proteínas g			Sodio (IRC)			
Grasas g%			Potasio (IRC)			
Porcentaje de VCT a cubrir			Tiempo estimado de suplementación			
Dietoterápico solicitado						
Nombre comercial		Presentación		Dosis diaria	Cant envases/mes	

Firma y sello Lic Nutrición

Tel/Celular

Mail

Lugar y fecha