

Nº de trámite



## SOLICITUD DE SUPLEMENTO NUTRICIONAL PARA APOYO NUTRICIONAL

- Apellido y Nombre:.....FECHA.....
- Edad:.....Peso:.....Talla:.....I.M.C:.....Peso habitual:.....
- Pérdida de peso en los últimos 3 meses:.....
- % de Pérdida de Peso:.....
- Adjuntar a la solicitud la siguiente documentación:** Informe de historia clínica completa de la enfermedad de base, valoración nutricional o Valoración global subjetiva(clasificar riesgo A-B-o C), fotocopia de informe de laboratorios con proteinograma y albumina, estudios complementarios(eco,TAC,RMN) ,protocolo quirurgico, biopsias, etc.
- Diagnostico Nutricional:.....
- V.C.T:.....
- H.C%.....GR.....CAL.....
- Proteínas: % .....GR.....CAL.....
- Lípidos: % .....GR.....CAL.....
- Porcentaje de calorías a cubrir con el suplemento nutricional:.....
- Gastrostomia :.....Yeyunostomia:.....S.N.G:.....Oral:.....Otras:..
- .....
- Unidades solicitadas:.....
- Objetivos nutricionales a cumplir:.....
- .....
- .....

Especificar en la tabla el suplemento nutricional solicitado:

SUPLEMENTO NUTRICIONAL Medicamento genérico/Forma farmacéutica	ml/día Gr/día	CANTIDAD

Tiempo estimado de Apoyo Nutricional Solicitado.....

Justificar la no utilización de una dieta licuada hipercalorica -hiperproteica:.....

Firma y sello Médico

Firma y sello profesional Nutricionista