

Planilla de Seguimiento de Nutrición Enteral Domiciliaria

Datos del afiliado:

Fecha: / /

N° de afiliado:

Apellido y Nombre:

Documento:

Domicilio: Localidad: C.P:

Tel: Mail:

Médico de cabecera: Matícula:

Datos del familiar y/o responsable:

Apellido y Nombre:

Documento:

Tel: Celular:

Mail:

Informe Médico:

Diagnóstico principal:

Otros diagnósticos:

Estado actual:

.....

.....

Medicación concomitante: *Medicamento/Dosis/Vía*

.....

.....

Clasificación de la EGS: *(marcar lo que corresponda)*

Bien nutrido

Desnutrición Moderada

Desnutrición Grave

Datos Antropométricos:

Peso: Talla:

IMC:

Perímetro cefálico (para menores de 3 años):

Examen físico (0= sin alteraciones 1=leve 2=moderado 3=grave)

Pérdida de grasa subcutánea
Atrofia muscular
Edema sacro..... Edema maleolar Ascitis

Cálculo de los Requerimientos:

Requerimientos hídricos:
.....
.....
Requerimientos calóricos (*Especificar el grado de estrés metabólico*)
.....
.....
Requerimientos proteicos
.....
.....
Requerimientos de electrolitos, oligoelementos y vitaminas
.....
.....
Producto/Fórmula: Cantidad diaria:

Vías de acceso, sistemas y métodos de administración:

- Sonda nasogástrica Gastrostomía Yeyunostomía

Administración: *(marcar lo que corresponda)*

- Infusión continua durante 24 horas Bomba
 Infusión intermitente (bolos o cíclica)

Lugar y Fecha

Firma y Sello Profesional