

# Planilla del Programa de Provisión Leches Medicamentosas:

---

## Datos del beneficiario:

N° de beneficiario: .....

Apellido y Nombre: .....

N° de documento: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: .....

Sexo: .....

Diagnóstico: .....

Fecha de inicio del cuadro:    /    /

Detallar manifestaciones clínicas de la enfermedad: .....

Informe sobre resultado de la suspensión del alérgeno, - en APLV e Intolerancia Lactosa)

detallar fecha:    /    /

Tiempo de tratamiento previsto: .....

Producto Solicitado: .....

### Adjuntar a la Historia Clínica presente:

1. Copia del informe de control de peso
2. Copia de Tabla ganancia peso talla
3. Copia del Prick Test con informe de alergista
4. Copia de Lab. IgE sérica, IgE específica de antígeno
5. Copia de otros estudios realizados para evaluar el cuadro (Ej. Seriada EGD).
6. En caso de prematurez adjuntar ficha perinatal.
7. En caso de contraindicación lactancia referir causa.

---

Lugar y Fecha

---

Firma y Sello Profesional

Nota de Auditoria Medica: Se solicita IC con Gastroenterólogo Infantil. SI / NO

Autoriza: .....

# Leches Medicamentosas Autorizadas para los Beneficiarios Incluidos en Programa:

Se anexan topes de provisión según la patología y edad del bebe.

- Nutrilon H.A envase por 400 gr.
- Nutrilon sin lactosa Envase por 400 gr
- Nutrilon Pepti Junior. Envase por 400 gr.
- Nutrilon AR Lata por 400 gr.
- Nutrilon 1 Profutura 400 gr
- Nutrilon 1 profutura 800
- Nutrilon 2 profutura 400
- Nutrilon 2 Profutura 800
- Nutrilon Pepti SYneo 400
- Nutrilon reducido en lactosa 400
- Nutrilon Soya 400
- Nutrilon Comfort 400
- Kas 1000 envase por 400 gr
- Nan H.A envase por 400 gr
- Nan 1 Optipro envase por 400 gr
- Nan 1 Optipro envase por 900 gr
- Nan 2 Optipro envase por 900 gr
- Nan AR. Envase por 400 gr.
- Nan Comfort envase 400 gr.
- Nan sin lactosa envase por 400 gr.

## **Fórmulas para prematuros:**

- Nutrilon prematuros 1 envase 400
- Nutrilon Prematuros 2 envase 400
- Pre NAN envase 400

## **Casos excepcionales: multiparidad o contraindicación medica lactancia:**

- Nidina 1 envase 400
- Vital 1 NF Lata 800
- Vital 1 NF Pouch 375

## **TOPES:**

- Del Primero al Sexto mes de Vida: Hasta un máximo de 3.2 kg por mes.  
(equivale a 8 latas de 400 gr.)
  - Del Séptimo Mes al Año de vida: Hasta un máximo de 2.4 kg. Por mes  
(equivale a seis latas de 400 gr.)
  - Después del 1 er año : Hasta un máximo de 2 kg. Por mes.  
(Equivales a cinco latas de 400 gr.)
- Prematuros: hasta 2.4 kg. Por mes  
(Equivale a seis latas de 400 gr.) hasta los