MODELO D

PRESTACIÓN PRODUCTOS DIETÉTICOS SMS

Servicio Murciano de Salud Región de Murcia Consejería de Sanidad y Política Social	**Identificación del paciente:** **APELLIDOS:** **NOMBRE:** **SEXO:** **FECHA NACIMIENTO:** **Nº.SS:** **TELEFONOS:** **DOMICILIO:** **POBLACIÓN:** **CÓDIGO POSTAL:** **CIP AUTONÓMICO:**

INFORME DE PROPUESTA DE SOPORTE NUTRICIONAL DOMICILIARIO

Diagnóstico principal que justifica soporte nutricional: .
Diabetes Mellitus: ☐ No ☐ Si Tratamiento: .

Insuficiencia Renal: ☐ No ☐ Si (Urea: .Creatinina:)

Otros diagnósticos:

Situación funcional: ☐ Encamado/vida cama-sillón.
☐ Dependiente tareas básicas.
☐ Autosuficiente para tareas básicas.

Peso y Talla (si disponible): Kg. / cm. Pérdida peso (últimos 3 meses):

Capacidad de deglución: ☐ Nula ☐ Líquidos ☐ Purés ☐ Normal

Precisa espesante para líquidos: ☐ Si ☐ No

Nutrición enteral completa/suplemento: ☐ Nutrición enteral como único aporte nutricional.
☐ Nutrición enteral como complemento a la dieta.

Indique la ingesta actual aproximada:
☐ Nula ☐ Casi Nula ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Vía de administración: ☐ Vía oral
☐ Sonda nasogástrica/entérica
☐ Gastrostomía/enterostomía

Necesidades proteicas: ☐ Normales ☐ Aumentadas.

Motivo :

El paciente precisa restricción de líquidos: ☐ No ☐ Si Motivo:

Tipo de fórmula propuesta:

Pauta:

Fecha: Centro de Salud:

Facultativo: Fdo: Dr/Dra.:
Nº Colegiado: