

**INFORME TIPO JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIÓN PARA TRATAMIENTOS CON NUTRICIÓN ENTERAL
DOMICILIARIA.**

1.- Datos del paciente:

Apellidos y nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nº Afiliación a MUGEJU del titular _____/_____
Relación con el titular: _____

2.- Datos del facultativo que indica el tratamiento:

Apellidos y nombre _____
Nº de colegiado _____
Especialidad _____
Hospital: nombre y dirección _____
Teléfono de contacto _____
Servicio o Unidad _____

3.- Indicación:

Fecha de inicio del tratamiento ____/____/____ Duración prevista del tratamiento _____
Revisiones (periodicidad prevista): Semestral Trimestral Mensual Otra _____

4.- Seguimiento:

Fechas en que se han realizado las revisiones:

1ª revisión: ____/____/____	2ª revisión: ____/____/____
3ª revisión: ____/____/____	4ª revisión: ____/____/____
5ª revisión: ____/____/____	6ª revisión: ____/____/____
7ª revisión: ____/____/____	8ª revisión: ____/____/____

Modificaciones relevantes en el tratamiento:

Complicaciones del tratamiento:

- Mecánicas
(especificar) _____
- Gastrointestinales
(especificar) _____
- Metabólicas
(especificar) _____
- Psicosociales
(especificar) _____

5.- Diagnóstico:

Patología o situación que justifica la indicación:

Este informe no será válido, si no se indica la patología o situación que justifique la prescripción.

Señalar la que proceda de entre los relacionados a continuación:

- | |
|--|
| <p>1. Alteración mecánica de la deglución o del tránsito, que cursa con afagia o disfagia severa y precisa sonda* :</p> <ul style="list-style-type: none">■ tumor de cabeza y cuello <input type="checkbox"/>■ tumor de aparato digestivo (esófago, estómago) <input type="checkbox"/>■ cirugía ORL y maxilofacial <input type="checkbox"/>■ estenosis esofágica no tumoral <input type="checkbox"/> |
|--|

2. Trastorno neuromotor que impide la deglución o el tránsito y que precisa sonda:

- enfermedad neurológica que cursa con afagia o disfagia severa:
 - esclerosis múltiple
 - esclerosis lateral amiotrófica
 - síndrome miasteniforme
 - síndrome de Guillain-Barré
 - secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del sistema nervioso central
 - retraso mental severo
 - proceso degenerativo severo del sistema nervioso central(especificar) _____
- accidente cerebrovascular
- tumor cerebral
- parálisis cerebral
- coma neurológico
- trastorno severo de la motilidad intestinal:
 - pseudoobstrucción intestinal
 - gastroparesia diabética

3. Paciente con requerimientos especiales de energía y/o nutrientes:

- síndrome de malabsorción severa:
 - síndrome de intestino corto severo
 - diarrea intratable de origen autoinmune
 - linfoma
 - esteatorrea postgastrectomía
 - carcinoma de páncreas
 - resección amplia pancreática
 - insuficiencia vascular mesentérica
 - amiloidosis
 - esclerodermia
 - enteritis eosinofílica
- enfermedad neurológica subsidiaria de ser tratada con dietas cetogénicas:
 - epilepsia refractaria en niños
 - deficiencia del transportador tipo I de la glucosa
 - deficiencia del complejo de la piruvato-deshidrogenasa
- intolerancia o alergia diagnosticada a proteínas de leche de vaca en lactantes hasta 2 años con compromiso nutricional
- paciente desnutrido que va a ser sometido a cirugía mayor programada o trasplante
- paciente con encefalopatía hepática crónica con intolerancia a las proteínas de la dieta
- paciente con adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, neurológicamente asintomático

4. Situación clínica que cursa con desnutrición severa :

- enfermedad inflamatoria intestinal:
 - colitis ulcerosa
 - enfermedad de Crohn
- caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento quimio y/o radioterápico
- patología médica infecciosa que comporta malabsorción severa: SIDA
- fibrosis quística
- fistulas enterocutáneas, de bajo débito
- insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente

* **En caso excepcional de no utilizar sonda, especificar el motivo:** _____

Otras patologías y/o tratamientos concomitantes _____

Información clínica de interés _____

6- Indicación:

Tipo de dieta:

FÓRMULA COMPLETA Polimérica: - normoproteica: ♦ hipocalórica <input type="checkbox"/> ♦ normocalórica <input type="checkbox"/> ♦ hipercalórica <input type="checkbox"/> ♦ con fibra <input type="checkbox"/> - hiperproteica: ♦ hipocalórica <input type="checkbox"/> ♦ normocalórica <input type="checkbox"/> ♦ hipercalórica <input type="checkbox"/> Oligomérica (peptídica): - normoproteica <input type="checkbox"/> - hiperproteica <input type="checkbox"/> Monomérica (elemental): - normoproteica <input type="checkbox"/> - hiperproteica <input type="checkbox"/> Especiales: <input type="checkbox"/>	MÓDULO: Hidrocarbonado <input type="checkbox"/> Lipídico: - Triglicéridos de cadena larga (LCT) <input type="checkbox"/> - Triglicéridos de cadena media (MCT) <input type="checkbox"/> Proteico: - Proteína entera <input type="checkbox"/> - Péptidos <input type="checkbox"/> - Aminoácidos <input type="checkbox"/> Mixtos: - Hidrocarbonados y lipídicos <input type="checkbox"/> - Hidrocarbonados y proteicos <input type="checkbox"/> Espesantes: <input type="checkbox"/>
PRODUCTOS PARA LA ALERGIA O INTOLERANCIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA Fórmulas con hidrolizados de proteínas lácteas sin lactosa para lactantes <input type="checkbox"/> Fórmulas con hidrolizados de proteínas no lácteas sin lactosa para lactantes <input type="checkbox"/> Fórmulas con proteínas de soja sin lactosa para lactantes <input type="checkbox"/>	

Nombre comercial (alternativas, si es posible) _____

Presentación _____ Pauta: Contínua Intermitente

Vía de acceso y método de administración:

Oral <input type="checkbox"/> Gástrica: - Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> - Gastrostomía <input type="checkbox"/>	Duodenal: - Sonda nasoduodenal <input type="checkbox"/> Yeyunal: - Sonda nasoyeyunal <input type="checkbox"/> - Yeyunostomía <input type="checkbox"/>
--	---

Pauta terapéutica (gr/toma, tomas/día): _____

Firma del médico responsable de la indicación:

Fecha: ____/____/____