

**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:

- 1. Alteración mecánica de la deglución o del tránsito, que cursa con afagia o disfagia severa y precisa sonda\* :**
- tumor de cabeza y cuello
  - tumor de aparato digestivo (esófago, estómago)
  - cirugía ORL y maxilofacial
  - estenosis esofágica no tumoral

**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:

<b>FÓRMULA COMPLETA</b> 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"/>	<b>MÓDULO:</b> 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"/>
---	---

<b>PRODUCTOS PARA LA ALERGIA O INTOLERANCIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA</b> 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_