



**INFORME JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA
(RD 1030/2006, de 15 de septiembre)**

1. Datos del paciente:

Apellidos y nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Nº de afiliación a la Seguridad Social ____ / ____ / ____ CIP _____

Datos del titular de la cartilla de la Seguridad Social (Si procede) _____

Régimen al que pertenece: activo pensionista otro

2. Datos del facultativo que indica el tratamiento:

Apellidos y nombre _____ N° de colegiado _____

CIAS: _____ Hospital: nombre _____

Teléfono de contacto _____ Servicio o Unidad _____

3. Diagnóstico:

Patología que justifica la indicación:

| | |
|--|--|
| <p>A. Alteraciones mecánicas de la deglución o del tránsito, que cursan con afagia o disfagia severa y precisan sonda:</p> <p><input type="checkbox"/> A.1. Tumores de cabeza y cuello</p> <p><input type="checkbox"/> A.2. Tumor de aparato digestivo (esófago, estómago)</p> <p><input type="checkbox"/> A.3. Cirugía ORL y maxilofacial</p> <p><input type="checkbox"/> A.4. Estenosis esofágica no tumoral</p> <p>B. Trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito y que precisen sonda</p> <p>B.1. Enfermedad neurológica que cursa con afagia o disfagia severa:</p> <p><input type="checkbox"/> B.1.1. Esclerosis múltiple</p> <p><input type="checkbox"/> B.1.2. Esclerosis lateral amiotrófica</p> <p><input type="checkbox"/> B.1.3. Síndrome miasteniforme</p> <p><input type="checkbox"/> B.1.4. Síndrome de Guillain-Barré</p> <p><input type="checkbox"/> B.1.5. Secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del sistema nervioso central</p> <p><input type="checkbox"/> B.1.6. Retraso mental severo</p> <p><input type="checkbox"/> B.1.7. Procesos degenerativos severos del sistema nervioso central (Especificar)</p> <p><input type="checkbox"/> B.2. Accidente cerebrovascular</p> <p><input type="checkbox"/> B.3. Tumor cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> B.4. Parálisis cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> B.5. Coma neurológico</p> <p><input type="checkbox"/> B.6. Trastornos severo de la motilidad intestinal: pseudoobstrucción intestinal, gastroparesia diabética</p> <p>C. Requerimientos especiales de energía y/o nutrientes.</p> <p>C.1. Síndrome de malabsorción severa</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.1. Síndrome de intestino corto severo</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.2. Diarrea intratable de origen autoinmune</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.3. Linfoma</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.4. Esteatorrea posgastrectomía</p> | <p><input type="checkbox"/> C.1.5. Carcinoma de páncreas</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.6. Resección amplia pancreática</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.7. Insuficiencia vascular mesentérica</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.8. Amiloidosis</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.9. Esclerodermia</p> <p><input type="checkbox"/> C.1.10. Enteritis eosinofílica</p> <p>C.2. Enfermedades neurológicas subsidiarias de ser tratadas con dietas cetogénicas:</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.1. Epilepsia refractaria en niños</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.2. Deficiencia del transportador tipo I de la glucosa</p> <p><input type="checkbox"/> C.2.3. Deficiencia del complejo de la piruvato-deshidrogenasa</p> <p><input type="checkbox"/> C.3. Alergia o intolerancia diagnosticada a las proteínas de leche de vaca en lactantes, hasta dos años si existe compromiso nutricional</p> <p><input type="checkbox"/> C.4. Pacientes desnutridos que van a ser sometidos a cirugía mayor programada o trasplantes</p> <p><input type="checkbox"/> C.5. Pacientes con encefalopatía hepática crónica con intolerancia a las proteínas de la dieta</p> <p><input type="checkbox"/> C.6. Pacientes con adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, neurológicamente asintomáticos</p> <p>D. Situaciones clínicas cuando cursan con desnutrición</p> <p><input type="checkbox"/> D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y Enfermedad de Crohn</p> <p><input type="checkbox"/> D.2. Caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento quimio y/o radioterápico</p> <p><input type="checkbox"/> D.3. Patología médica infecciosa que comporta malabsorción severa: SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> D.4. Fibrosis química</p> <p><input type="checkbox"/> D.5. Fístulas enterocutáneas de bajo débito</p> <p><input type="checkbox"/> D.6. Insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente</p> |
|--|--|

Otras patologías y/o tratamientos concomitantes _____

Información clínica de interés _____

¿El paciente está incluido en el Plan de Cuidados Paliativos? Sí No

4. Indicación:

Fecha de inicio del tratamiento ____ / ____ / ____ Duración prevista del tratamiento _____

Revisiones (periodicidad prevista): Semestral Trimestral Mensual Otra

EJEMPLAR DESTINADO A LA UNIDAD DE VISADO.

Para obtener esta prestación en otra Comunidad Autónoma deberá presentar este informe al médico de familia que le asista en dicha Comunidad.



Tipo de dieta:

| FÓRMULAS COMPLETAS | MÓDULOS |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Polimérica: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Normoproteica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> Hipocalórica <input type="checkbox"/> Con fibra ▪ <input type="checkbox"/> Normocalórica <input type="checkbox"/> Sin fibra ▪ <input type="checkbox"/> Hipercalórica ◆ Hiperproteica <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> Hipocalórica <input type="checkbox"/> Con fibra ▪ <input type="checkbox"/> Normocalórica <input type="checkbox"/> Sin fibra ▪ <input type="checkbox"/> Hipercalórica ➤ Oligomérica (peptídica): <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> Normoproteica ▪ <input type="checkbox"/> Hiperproteica ➤ Monomérica (elemental) <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> Normoproteica ▪ <input type="checkbox"/> Hiperproteica ➤ <input type="checkbox"/> Especial: Especificar | <ul style="list-style-type: none"> ➤ <input type="checkbox"/> Hidrocarbonado ➤ Lipídico <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> LCT (Triglicéridos de cadena larga) ▪ <input type="checkbox"/> MCT (Triglicéridos de cadena media) ➤ Proteico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> Proteína entera ▪ <input type="checkbox"/> Péptidos ▪ <input type="checkbox"/> Aminoácidos ➤ Mixtos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="checkbox"/> Hidrocarburos y lípidos ▪ <input type="checkbox"/> Hidrocarburos y protéicos ➤ <input type="checkbox"/> Espesante |
| <p>PRODUCTOS PARA LA ALERGIA O INTOLERANCIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <input type="checkbox"/> 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 proteína de soja sin lactosa para lactantes. | |

Nombre comercial (alternativas, si es posible) _____

Presentación _____ Pauta: Continua Intermitente

Vía de acceso y método de administración:

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ <input type="checkbox"/> Oral ➤ Gástrica: <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica - <input type="checkbox"/> Gastrostomía | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Duodenal: <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Sonda nasoduodenal ➤ Yeyunal: <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Sonda nasoyeyunal - <input type="checkbox"/> Yeyunostomía |
|--|---|

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

5. 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 _____)

Firma y sello del facultativo responsable de la indicación:

Fecha: _____

EJEMPLAR DESTINADO A LA UNIDAD DE VISADO.

Para obtener esta prestación en otra Comunidad Autónoma deberá presentar este informe al médico de familia que le asista en dicha Comunidad.