



ANEXO 2

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 _____)

Firma del facultativo responsable de la indicación:

Fecha:



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
- fístulas 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: Continua Intermitente



Vía de acceso y método de administración:

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

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