

# ANEXO I

## INFORME-TIPO JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTOS DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

### 1. Datos del paciente:

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº de afiliación a la Seguridad Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Datos del titular de la cartilla de la Seguridad Social (si procede): \_\_\_\_\_  
Activo  Pensionista

### 2. Datos del facultativo que indica el tratamiento:

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ Nº de colegiado: \_\_\_\_\_  
Hospital: nombre y dirección: \_\_\_\_\_  
Servicio o Unidad: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico (Describir): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Patología que justifica la indicación:

<ul style="list-style-type: none"><li>■ tumor de cabeza y cuello <input type="checkbox"/></li><li>■ tumor de aparato digestivo (esófago, estómago) <input type="checkbox"/></li><li>■ cirugía ORL y maxilofacial <input type="checkbox"/></li><li>■ estenosis esofágica no tumoral <input type="checkbox"/></li><li>■ enfermedad neurológica que cursa con afagia o disfagia severa:<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; esclerosis múltiple <input type="checkbox"/></li><li>&gt; esclerosis lateral amiotrófica <input type="checkbox"/></li><li>&gt; síndrome miasteniforme <input type="checkbox"/></li><li>&gt; síndrome de Guillain-Barré <input type="checkbox"/></li><li>&gt; secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del sistema nervioso central <input type="checkbox"/></li><li>&gt; retraso mental severo <input type="checkbox"/></li><li>&gt; proceso degenerativo severo del sistema nervioso central <input type="checkbox"/> (Especificar _____)</li></ul></li><li>■ accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/></li><li>■ tumor cerebral <input type="checkbox"/></li><li>■ parálisis cerebral <input type="checkbox"/></li><li>■ coma neurológico <input type="checkbox"/></li><li>■ trastorno severo de la motilidad intestinal:<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; pseudoobstrucción intestinal <input type="checkbox"/></li><li>&gt; gastroparesia diabética <input type="checkbox"/></li></ul></li><li>■ síndrome de malabsorción severa:<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; síndrome de intestino corto severo <input type="checkbox"/></li><li>&gt; diarrea intratable de origen autoinmune <input type="checkbox"/></li><li>&gt; linfoma <input type="checkbox"/></li><li>&gt; esteatorrea posgastrectomía <input type="checkbox"/></li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; carcinoma de páncreas <input type="checkbox"/></li><li>&gt; resección amplia pancreática <input type="checkbox"/></li><li>&gt; insuficiencia vascular mesentérica <input type="checkbox"/></li><li>&gt; amiloidosis <input type="checkbox"/></li><li>&gt; esclerodermia <input type="checkbox"/></li><li>&gt; enteritis eosinofílica <input type="checkbox"/></li><li>■ intolerancia digestiva a grasas:<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; enfermedad de Swaschsman <input type="checkbox"/></li><li>&gt; linfangiectasia intestinal <input type="checkbox"/></li><li>&gt; deficiencia primaria de apolipoproteína B <input type="checkbox"/></li></ul></li><li>■ enfermedad peroxisomal hereditaria <input type="checkbox"/></li><li>■ alergia o intolerancia diagnosticada a proteínas de leche de vaca con compromiso nutricional <input type="checkbox"/></li><li>■ paciente desnutrido que va a ser sometido a cirugía mayor programada o trasplante <input type="checkbox"/></li><li>■ enfermedad inflamatoria intestinal:<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; colitis ulcerosa <input type="checkbox"/></li><li>&gt; enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/></li></ul></li><li>■ caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento químico y/o radioterápico <input type="checkbox"/></li><li>■ patología médica infecciosa que comporta malabsorción severa: SIDA <input type="checkbox"/></li><li>■ fibrosis quística <input type="checkbox"/></li><li>■ fístulas enterocutáneas, de bajo débito <input type="checkbox"/></li><li>■ insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente <input type="checkbox"/></li></ul>
--	--

### Situación clínica que justifica la indicación de nutrición enteral domiciliaria:

1) Alteración mecánica de la deglución o del tránsito, que cursa con afagia o disfagia severa y precisa sonda   
En caso de no utilizar sonda, especificar el motivo \_\_\_\_\_

- 2) Trastorno motor que impide la deglución o el tránsito y que precisa sonda   
 3) Paciente con requerimientos especiales de energía y/o nutrientes   
 4) Situación clínica que cursa con desnutrición severa

Otras patologías y/o tratamientos concomitantes: \_\_\_\_\_

Información clínica de interés: \_\_\_\_\_

4. Indicación:

Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Duración prevista del tratamiento:

Revisiones (periodicidad prevista): Trimestral  Mensual  Otra  \_\_\_\_\_

Tipo de dieta:

<p><b>Polimérica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normoproteica:           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ normocalórica <input type="checkbox"/></li> <li>◆ hipercalórica <input type="checkbox"/></li> <li>◆ con fibra <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>- Hiperproteica <input type="checkbox"/></li> </ul> <p><b>Oligo-monomérica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peptídica:           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ normoproteica <input type="checkbox"/></li> <li>◆ hiperproteica <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>- Elemental <input type="checkbox"/></li> </ul>	<p><b>Especial</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Módulo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Proteico:           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Proteína entera <input type="checkbox"/></li> <li>◆ Péptidos <input type="checkbox"/></li> <li>◆ Aminoácidos <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>&gt; Hidrocarbonado <input type="checkbox"/></li> <li>&gt; Lipídico           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ LCT (Triglicéridos de cadena larga) <input type="checkbox"/></li> <li>◆ MCT (triglicéridos de cadena media) <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>&gt; Vitaminas y minerales <input type="checkbox"/></li> </ul>
---	---

Nombre comercial (alternativas, si es posible) \_\_\_\_\_

Presentación \_\_\_\_\_ Pautas: Continua  Intermitente

Vía de acceso y método de administración:

<p>Oral <input type="checkbox"/></p> <p><b>Gástrica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/></li> <li>- Gastrostomía <input type="checkbox"/></li> </ul>	<p><b>Duodenal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonda Nasoduodenal <input type="checkbox"/></li> </ul> <p><b>Yeyunal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sonda nasoyeyunal <input type="checkbox"/></li> <li>- Yeyunostomía <input type="checkbox"/></li> </ul>
---	--

Pauta terapéutica (gr/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 del facultativo responsable de la indicación: