



HOSPITAL "LA INMACULADA"
HUERCAL-OVERA

Apellidos:.....
Nombre:.....
Nº Historia Clínica:.....

NUTRICIÓN PARENTERAL

Servicio:
Facultativo:

Cama:

Sexo:
Edad:

Peso actual:
Peso habitual:
Altura:

Indicación de la NPT/diagnóstico:

	Kcal totales	Nitrógeno(g)	Glucosa(g)	Lípidos (g)	HC/lípidos	KcalNP / g N	Volumen (ml)
☐ NP Periférica (Isoplasmal)	320	4,7	50	-	-	69,6	1000
☐ Kabiven*	1800	10,8	200	80	53/47	147	2015
☐ E1	1550	10	200	50	61/39	131	1860
☐ E2	1900	12	250	60	62/38	133	1900
☐ E3	2200	14	275	75	59/41	132	2230
☐ E4	2600	16	300	100	54/46	137	2600
☐ S1	1966	14	225	75	55/45	116	2230
☐ S2	2260	16	250	90	53/47	117	2550
☐ SEP1	1723	14	200	60	57/43	98	1900
☐ SEP2	2016	16	225	75	55/45	101	2230
☐ HEP	1542	9,7	200	50	61/39	134	1566
☐ REN	1855	6,2	250	70	58/42	274	1600

*Kabiven sólo disponible para urgencias de fin de semana.

ELECTROLITOS (mEq):

	Todas (salvo nutrición renal)	Isoplasmal	Kabiven
Sodio	75	30	64
Potasio	70	20	58
Calcio	15	-	8
Magnesio	15	3	8
Fósforo (mmol)	10	5	20

Todas llevan adicionados oligoelementos y vitaminas para cubrir requerimientos.

DIETA INDIVIDUALIZADA: (Contactar con el Servicio de Farmacia)

Nitrógeno (g): ____ Tipo aminoácidos: ____ Glucosa (g): ____ Lípidos (g): ____ kcal totales: ____ Vol (ml): ____

Sodio (mEq): ____ Potasio (mEq): ____ Magnesio (mEq): ____ Calcio (mEq): ____ Fosfato (mmol): ____ Insulina (UI): ____

Fdo. Dr/Dra: _____

Fecha: _____