



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL LA INMACULADA  
ÁREA SANITARIA NORTE ALMERÍA

**PETICIÓN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**DATOS MÍNIMOS PARA LA VALORACIÓN DE LA INDICACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA**

Nombre y apellidos del paciente: .....

NHC: ..... Fecha nacimiento:..... .. Teléfono: .....

Nº SS: ..... Activo: Pensionista:

Dirección: ..... Localidad: .....

**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA** (especificar patología que justifica la indicación de nutrición enteral domiciliaria):

**TRATAMIENTO MÉDICO:**

Si diabetes especificar tratamiento con: DIETA: ADO: INSULINA:

**HISTORIA NUTRICIONAL**

INGESTA DE LA ÚLTIMA SEMANA:  Nada  Muy poco  Insuficiente  Normal

**CAPACIDAD DEGLUTORIA/MASTICATORIA**

No disfagia  Disfagia a líquidos  Solo tolera líquidos  Solo tolera purés

Portador SNG  Portador gastrostomía  Portador yeyunostomía

**NÁUSEAS / VÓMITOS / DIARREA / ESTREÑIMIENTO**

**EXPLORACIÓN GENERAL:**

ASPECTO:  Muy delgado  Delgado  Normal  Sobrepeso/ Obesidad

EDEMAS: ULCERAS POR PRESIÓN (Nº Y GRADO):

**ANTROPOMETRÍA**

Talla (cm): \*Longitud del antebrazo (cm) (si no se conoce la talla):

Peso (kg): \* Peso actual aproximado (si no se conoce peso):

Peso habitual (kg): \*Peso habitual aproximado (si no se conoce peso):

Pérdida de peso/ tiempo:

Índice de Masa Corporal (IMC): \*Circunferencia braquial (cm):

**ANALÍTICA RECIENTE (Fecha: .....)**

Hematíes: Hemoglobina: Hematocrito: Linfocitos:

Glucosa: Urea: Sodio: Potasio: Albúmina:

Otros:

**OBSERVACIONES:**

En.....a.....de.....de.....

**Firma y sello del MEDICO RESPONSABLE**