

## I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

### 3. OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud

**11581 Instrucción n.º 4/2012, de 12 de julio, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud, por la que se establece el procedimiento a seguir para facilitar la prestación de productos dietéticos en el ámbito del sistema sanitario público de la Región de Murcia.**

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge en su artículo 7, dentro del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la correspondiente a productos dietéticos; y en su artículo 8 establece que las prestaciones sanitarias se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante real decreto.

El Anexo VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, regula la cartera de servicios comunes de prestación con productos dietéticos.

Esta prestación comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para paciente a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

Por otra parte, este Real Decreto indica que la prestación se facilitará por los Servicios de Salud o dará lugar a las ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan; y que el procedimiento para proporcionar los tratamientos dietoterápicos y la nutrición enteral domiciliaria, incluido el material fungible preciso para su administración, será establecido por la Administración con competencias en la gestión de esta prestación.

Mediante el Decreto 93/2001, de 28 de diciembre, por el que se aceptan las competencias y se atribuyen las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud traspasados a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el Servicio Murciano de Salud asumió las funciones y servicios sobre gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social; y de acuerdo con el artículo 2.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, se dictó la Instrucción n.º 2/2007 de 5 de julio del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se estableció el procedimiento a seguir para facilitar la prestación de productos dietéticos.

Posteriormente, en 2008 se publicó una nueva edición de la Guía de Nutrición Enteral Domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud, que entre otras aportaciones proporciona información científicamente avalada para facilitar una mejor indicación de la nutrición enteral domiciliaria.

Recientemente también es de aplicación una nueva normativa estatal que afecta a esta prestación, como son el Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación, y la Orden SPI/2958/2010, de 16 de noviembre, por la que se establece el procedimiento para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la oferta de productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para la aplicación de los importes máximos de financiación.

Por otra parte, en el ámbito del Servicio Murciano de Salud, se publicó la Instrucción 1/2011, de 17 de mayo de 2011, por la que se modificaba el punto sexto de la Instrucción 2/2007 en lo relativo a la prescripción de productos para alergia o intolerancia a proteínas de la leche de vaca.

La entrada en vigor de la nueva regulación legal, la actualización de la Guía de Nutrición Enteral Domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud, así como el análisis de la evolución de esta prestación con productos dietéticos en el Servicio Murciano de Salud, aconsejan actualizar los procedimientos para facilitar esta prestación.

En virtud de lo expuesto, a propuesta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de conformidad con el artículo 21 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en uso de las atribuciones que me están conferidas por el artículo 8.1 x) del Decreto 148/2002 de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de participación, administración y gestión del Servicio Murciano de Salud, se dicta la siguiente

### **Instrucción**

#### **Primera: Objeto.**

Es objeto de la presente Instrucción establecer el procedimiento para hacer efectiva la prestación de productos dietéticos en el ámbito sanitario público de la Región de Murcia.

#### **Segunda: Productos dietéticos financiados.**

Serán financiados por el Servicio Murciano de Salud, aquellos productos inscritos en el Registro General Sanitario de Alimentos, como alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales e incluidos en la oferta (nomenclátor) de productos dietéticos, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, siguiendo los criterios recogidos en el Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, y el procedimiento desarrollado al efecto en la Orden SPI/2958/2010, de 16 de noviembre.

La participación en el pago a satisfacer por los usuarios por los productos incluidos en esta prestación será la legalmente vigente en cada momento.

#### **Tercera: Requisitos.**

Para que los tratamientos con productos dietéticos sean financiados por el Servicio Murciano de Salud es necesario el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos previstos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que son los siguientes:

- Que las necesidades nutricionales del paciente no puedan ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario.

- Que la administración de estos productos permita lograr una mejora en la calidad de vida del paciente o una posible recuperación de un proceso que amenace su vida.

- Que la indicación se base en criterios sanitarios y no sociales.
- Que los beneficios superen a los riesgos.
- Que se realice una valoración periódica del tratamiento.

#### **Cuarta: Situaciones clínicas.**

Las situaciones clínicas que justifican la necesidad de la prestación con productos dietéticos, siempre que se cumplan los requisitos señalados en el punto tercero, son los establecidos en el apartado 6 del Anexo VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

#### **Quinta: Indicación.**

La indicación de la prestación con productos dietéticos se realizará de acuerdo con los trastornos metabólicos complejos y las patologías establecidas en los apartados 7 y 8 del Anexo VII del Real Decreto 1030/2006.

#### **Sexta: Médicos autorizados para indicar la prestación con productos dietéticos.**

En aplicación de lo dispuesto en el punto 3 del Anexo VII del Real Decreto 1030/2006, los médicos autorizados para indicar la prestación con productos dietéticos en el ámbito del Servicio Murciano de Salud serán los siguientes:

1. Tratamientos dietoterápicos complejos: La indicación en estos casos se efectuará por pediatras o especialistas adscritos a las unidades de nutrición. En caso de que el hospital no cuente con unidad de nutrición, la Dirección General de Asistencia Sanitaria podrá autorizar para realizar la indicación, a petición de las Gerencias de Área, a especialistas en endocrinología y nutrición, y en el caso de que no hubiera en el hospital, a otros especialistas (según procedimiento descrito en la Instrucción octava).

##### 2. Nutrición enteral domiciliaria.

2.1. En los casos de alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca, en los que el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, prevé su financiación hasta dos años siempre que exista compromiso nutricional, la indicación podrá realizarla el pediatra de atención primaria para un periodo de tres meses. En caso de persistir la patología, el paciente deberá ser remitido para valoración de la indicación al especialista hospitalario.

No obstante lo anterior, aquellos pediatras de Atención Primaria que hayan realizado y superado el curso de "Capacitación para el manejo de la Intolerancia Alimentaria y Manejo de leches Especiales" incluido en el Plan Estratégico de Formación del SMS, estarán acreditados para su prescripción, con el mismo límite de tiempo que establece la Ley para el especialista hospitalario.

Los pediatras especialistas hospitalarios, así como los de atención primaria que hayan superado el curso anterior, estarán autorizados para la indicación y prescripción de la primera receta. Las Gerencias no deberán solicitar a la DGAS autorizaciones para ellos.

2.2. La indicación de los tratamientos de nutrición enteral domiciliaria para el resto de patologías subsidiarias de soporte nutricional enteral (indicaciones no pediátricas) se realizará por los facultativos especialistas adscritos a la unidad de nutrición de los hospitales. En caso de que el hospital no cuente con unidad

de nutrición, la Dirección General de Asistencia Sanitaria podrá autorizar a petición de las Gerencias de Área a especialistas en endocrinología y nutrición, y en el caso de que no hubiera en el hospital a otros especialistas, con el fin de proporcionar cobertura nutricional a los pacientes del área (según procedimiento descrito en la Instrucción octava).

La indicación de los tratamientos se realizará de acuerdo con los protocolos que establezca cada Hospital, en base a las recomendaciones de la Guía de Nutrición Enteral Domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud (Sanidad 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo).

#### **Séptima: Informes clínicos justificativos de la indicación.**

Para hacer efectiva esta prestación, el facultativo autorizado que efectúa el diagnóstico y establece el tratamiento, deberá elaborar en el caso de tratamientos dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria, los "Informes clínicos justificativos de la indicación del tratamiento", que se recogen como Anexos I y II respectivamente, o en su defecto un informe en el que figuren todos los apartados contenidos en los mismos. Para la autorización del tratamiento, dichos informes junto con las recetas correspondientes, serán remitidos al Servicio de Inspección al que corresponda el visado de las mismas.

La primera prescripción se realizará por el facultativo responsable de la indicación y las siguientes prescripciones las podrá realizar el facultativo de atención primaria, en base a la indicación efectuada inicialmente.

El informe clínico de ambos tipos de tratamiento será actualizado cada vez que se modifiquen las condiciones de los mismos y se renovarán al menos con frecuencia semestral, con la siguiente excepción:

En el caso de que el facultativo responsable del inicio del tratamiento, considere que la duración del tratamiento sea indefinida, por no prever cambios significativos en el estado de salud del paciente como consecuencia de las características de la enfermedad, y únicamente si así lo expresara en el "Informe Justificativo de la Indicación", se deberá renovar el informe anualmente.

La validez del informe de indicación del pediatra de atención primaria no acreditado conforme lo dispuesto en la Instrucción sexta, a efectos de visado de productos utilizados en lactantes con alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca, será de tres meses como máximo. Transcurrido este periodo, si se necesita continuar con el tratamiento se precisará informe del especialista hospitalario.

#### **Octava: indicación y prescripción de tratamientos de nutrición enteral domiciliaria. Soporte desde las unidades de nutrición.**

Los médicos adscritos a las Unidades de Nutrición, o aquellos otros autorizados por la DGAS, serán los responsables de indicar los tratamientos de nutrición enteral domiciliaria a pacientes no hospitalizados del Área de Salud y sólo ellos podrán realizar la primera prescripción en receta médica de estos tratamientos. Las Gerencias organizarán los circuitos de cooperación con los centros asistenciales para la tramitación de peticiones y documentación necesaria.

La Gerencia del Área de Salud que disponga de Unidad de Nutrición, comunicará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria la relación de médicos que integra dicha unidad (Modelo A), debiendo remitir la actualización del listado cada vez que se produzca alguna variación.

Las Áreas de Salud que no cuenten con Unidad de Nutrición solicitarán a la DGAS mediante el modelo anexo correspondiente, bien la autorización para que otros facultativos de atención especializada del hospital de su Área con experiencia en nutrición realicen la indicación y emisión de la primera receta (Modelo B), o bien el apoyo de una Unidad de Nutrición de otra Área para realizar esta función (Modelo C).

Se establece el siguiente circuito para la prescripción-validación-dispensación de nutrición enteral domiciliaria:

a. Cuando en un centro sanitario del área se identifique un paciente subsidiario de soporte nutricional, el médico cumplimentará el "Informe de propuesta de nutrición enteral domiciliaria" (Modelo D), disponible en el sistema informático OMI-AP, y en la página web de Información Farmacoterapéutica de Murcia salud ([http://www.murciasalud.es/gftb.php?opt=menu\\_visado&idsec=474](http://www.murciasalud.es/gftb.php?opt=menu_visado&idsec=474)).

Se dispondrá igualmente de una analítica reciente (con función renal, hepática y albúmina).

b. El Informe propuesta de nutrición enteral domiciliaria y la analítica reciente se enviará mediante el circuito que se haya establecido en la Gerencia, a la Unidad de Nutrición (o servicio autorizado).

c. En la Unidad de Nutrición (o servicio autorizado) se realizará la valoración de la propuesta de indicación nutricional, pudiendo:

1. Cumplimentar el "Informe justificativo de la indicación de tratamientos de nutrición enteral domiciliaria (RD 1030/2006, de 15 de septiembre)" destinado a la Unidad de Visado (Anexo II) y la primera receta, pudiendo modificarse la prescripción de producto, posología o duración de tratamiento.

2. Considerar que no procede indicar una nutrición enteral domiciliaria, en este caso se informará por escrito de dicha circunstancia y se ofrecerá como alternativa información con las medidas dietéticas adecuadas.

3. Citar al paciente en la consulta médica cuando se considere necesario.

d. La Unidad o Servicio responsable de la indicación enviará el informe justificativo de indicación (Anexo II) y primera receta al centro sanitario del Área donde se originó la propuesta y desde dicho centro, se remitirán al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales. Una vez autorizada y visada la receta correspondiente se seguirá el circuito establecido para hacérsela llegar al paciente. En caso de no cumplir los requerimientos para que se autorice y vise las recetas, el Servicio de Inspección informará de dicha circunstancia a la Unidad o Servicio responsable de la indicación que remitió el informe y primera receta, en cuyo caso, se ofrecerá al paciente información con las medidas dietéticas adecuadas.

e. Las recetas sucesivas para un mismo paciente, emitidas durante el plazo de validez del informe médico justificativo, podrán ser emitidas por médicos de atención primaria o especializada, sin que deban acompañarse de informe alguno para su autorización mediante visado.

f. Los tratamientos iniciados con anterioridad a la entrada en vigor de las presentes instrucciones, se revisarán por las unidades o servicios responsables de la indicación siguiendo lo dispuesto en la instrucción undécima. Tras su revisión, la siguiente receta de nutrición enteral domiciliaria se tramitará de igual modo que una primera prescripción, siguiendo los procedimientos establecidos en estas Instrucciones.

**Novena: Prescripción y Dispensación.**

Los productos dietéticos objeto de esta prestación, se suministrarán por las oficinas de farmacia y excepcionalmente, en el caso de patologías de especial seguimiento o de productos de extrema dificultad en su suministro, por los Servicios Farmacéuticos.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria, de acuerdo con lo establecido en la Instrucción duodécima, determinará las patologías de especial seguimiento y los productos considerados de extrema dificultad en su suministro. En estos casos será imprescindible para su dispensación la presentación de la Orden hospitalaria de dispensación correspondiente.

Los productos incluidos en esta prestación para pacientes desnutridos afectados de fibrosis quística se dispensarán por el Servicio de Farmacia del Hospital de referencia que asista a estos pacientes.

La prescripción de los productos dietoterápicos complejos y de nutrición enteral domiciliaria para su dispensación en oficinas de farmacia se realizará en la receta médica oficial y mediante visado de Inspección previo a la dispensación.

En cada receta se prescribirá como norma general un envase. No obstante, en función de la duración prevista del tratamiento, se podrán prescribir hasta cuatro envases por receta, siempre que no se supere el tratamiento de un mes.

Para su dispensación, en la Oficina de Farmacia las recetas deberán disponer del visado de la Inspección de Servicios Sanitarios, que consistirá en el sello correspondiente al visado en el que se especifique la fecha del mismo, el número de envases autorizados y la firma del Inspector o persona en quien delegue o el login identificativo.

El sistema de receta electrónica dispondrá de un módulo de visado electrónico mediante el cual el Servicio de Inspección podrá autorizar la dispensación de estos productos por las Oficinas de Farmacia.

**Décima: Material fungible.**

El material fungible necesario para la administración de la nutrición enteral domiciliaria cuya colocación requiera la intervención de personal sanitario de un centro del Servicio Murciano de Salud será facilitado por dicho centro. El resto se entregará en los Centros de Salud. El material fungible de extrema dificultad en su suministro será facilitado por el Hospital responsable del seguimiento del enfermo. No obstante lo anterior, si fuera necesario, el material fungible incluido en el Nomenclátor de Efectos y Accesorios del Sistema Nacional de Salud, también podrá suministrarse a través de receta médica oficial.

**Undécima: Régimen transitorio.**

Las Gerencias de Área, dispondrán hasta el 1 de octubre de 2012, para organizar los circuitos con los centros de primaria y servicios hospitalarios y para comunicar a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la Unidad o Servicio responsable de las indicaciones (modelos A, B o C).

En el caso de pacientes que a la entrada en vigor de esta Instrucción se encuentren en tratamiento con productos dietéticos, se podrá continuar la prescripción hasta la fecha de vencimiento del informe, siempre que no se superen los seis meses siguientes a la firma de la presente Instrucción.



No obstante, cuando se trate de lactantes con alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca, se podrá continuar con el tratamiento como máximo hasta los tres meses siguientes a la firma de dicha Instrucción.

**Duodécima: Habilitación.**

Se faculta al Director General de Asistencia Sanitaria a que adopte cuantas medidas sean necesarias para el cumplimiento de esta Instrucción.

**Decimotercera: Entrada en vigor.**

La presente Instrucción será aplicable en el ámbito del Servicio Murciano de Salud y entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el BORM.

Tras su entrada en vigor, quedarán derogadas las Instrucciones 2/2007 y 1/2011.

Murcia, 12 de julio de 2012.—El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, José Antonio Alarcón González.



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



## A N E X O I

### INFORME JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIÓN PARA TRATAMIENTOS CON DIETOTERÁPICOS COMPLEJOS (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 \_\_\_\_\_ Nº de colegiado \_\_\_\_\_

CIAS: \_\_\_\_\_ Hospital: nombre \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Servicio o Unidad \_\_\_\_\_

#### 3. Diagnóstico:

Patología que justifica la indicación:

##### A. Trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono.

- A-1.- Deficiencia primaria de la lactasa intestinal de debut neonatal: Deficiencia de la actividad de la lactasa del borde en cepillo del enterocito:
- A-2.- Deficiencia transitoria de la lactasa intestinal secundaria a atrofia de vellosidades intestinales debida a celiaquía.
- A-3.- Trastornos del metabolismo de la galactosa. Galactosemia:
  - A-3.1.- Deficiencia de la galactoquinasa hepática
  - A-3.2.- Deficiencia de la galactosa-1-fosfato-uridil-transferasa hepática
  - A-3.3.- Deficiencia de la epimerasa
- A-4.- Trastornos del transporte celular de monosacáridos: Deficiencia del transportador de membrana de piranosas (intolerancia a glucosa y galactosa):
- A-5.- Trastornos del metabolismo del glucógeno. Glucogenosis:
  - A-5.1.-Glucogenosis tipo I. Deficiencia de glucosa 6-fosfatasa
  - A-5.2.-Glucogenosis tipo III. Deficiencia de amilo-1-6-glicosidasa
  - A-5.3.-Glucogenosis tipo VI. Deficiencia de fosforilasa A y fosforilasa B-quinasa.
- A-6.- Trastornos de la glucosilación de proteínas tipo 1b: Deficiencia de la fosfo-manosa-isomerasa:

##### B. Trastornos del metabolismo de los aminoácidos.

- B-1.- Trastornos del metabolismo de aminoácidos esenciales:
  - B-1.1.- Hiperfenilalaninemias:
    - B-1.1.1.- Fenilcetonuria: Deficiencia de la fenilalanina-hidroxilasa
    - B-1.1.2.- Hiperfenilalaninemia benigna: Deficiencia parcial de la fenilalanina-hidroxilasa
    - B-1.1.3.- Primafterinuria: Deficiencia de la carbinolamina-deshidratasa
    - B-1.1.4.- Deficiencia de la dihidro-biopterin-reductasa
  - B-1.2.-Trastornos del metabolismo de la metionina y aminoácidos sulfurados:
    - B-1.2.1.- Homocistinuria: Deficiencia de la cistationina-β-sintetasa
    - B-1.2.2.- Alteraciones en la 5-tetrahidrofolato-transferasa o trastornos del metabolismo de la cobalamina. Todos con aciduria metilmalónica: Varias deficiencias enzimáticas:
    - B-1.2.3.- Cistationinuria: Varias alteraciones:
  - B-1.3.- Trastornos en el metabolismo de los aminoácidos ramificados:
    - B-1.3.1.- Jarabe de Arce: Deficiencia de la α-ceto-descarboxilasa
    - B-1.3.2.-Acidemias orgánicas del metabolismo de la leucina: Varios defectos enzimáticos:
      - Acidemia isovalérica
      - Acidemia metilcrotónica
      - Acidemia 3-hidroxi-metil-glutárica
    - B-1.3.3.-Acidemias orgánicas del metabolismo de la isoleucina y valina:
      - Acidemia propiónica: Deficiencia de la propionil-CoA-carboxilasa
      - Acidemia metilmalónica: Deficiencia de la metilmalonil-CoA-mutasa
      - Hipercetosis: Deficiencia de la β-cetotilasa
  - B-1.4.-Trastornos del metabolismo de la lisina:
    - B-1.4.1.- Aciduria glutárica tipo I: Deficiencia de la glutaril-CoA-deshidrogenasa
    - B-1.4.2.- Hiperlisinemia: Deficiencia de la proteína bifuncional 2-aminoadípico-semialdehído\_sintasa con aumento de lisina en sangre y en orina

#### 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.

C/ Pinares, 4, 1ª planta  
30001 MURCIA

TEL.: 968 365893  
FAX: 968 214392





Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social

## A N E X O I



### B-2.-Trastornos del metabolismo de los aminoácidos no esenciales:

#### B-2.1.-Trastorno del metabolismo de la tirosina:

- B-2.1.1.-Tirosinemia II: Deficiencia de tirosin-amino-transferasa
- B-2.1.2.-Hawkinsinuria: Deficiencia de la dioxigenasa
- B-2.1.3.-Tirosinemia I: Deficiencia de la fumaril-aceto-acetasa

#### B-2.2.- Trastornos del metabolismo de la ornitina: Hiperornitinemias:

- B-2.2.1.-Síndrome HHH: Deficiencia del transporte de ornitina mitocondrial
- B-2.2.2.- Atrofia girata: Deficiencia de ornitín-transaminasa

### B-3.-Trastornos del ciclo de la urea: Deficiencias de la:

- B-3.1.- N-acetil-glutamato-sintetasa
- B-3.2.- Carbamil-P-sintetasa
- B-3.3.- Ornitín-transcarbamilasa
- B-3.4.- Argininosuccinil-liasa
- B-3.5.- Argininosuccinil-sintetasa
- B-3.6.- Arginasa

### C. Trastornos del metabolismo de los lípidos.

#### C-1.- Trastornos del metabolismo de los ácidos grasos de cadena larga y/o muy larga:

##### C-1.1.- Trastornos en la absorción intestinal de ácidos grasos de cadena larga y/o muy larga:

- C-1.1.1.-Linfangiectasia intestinal
- C-1.1.2.- Enfermedad de Swaschman
- C-1.1.3.- A- $\beta$ -lipoproteinemia e hipo- $\beta$ -lipoproteinemia
- C-1.1.4.- Citopatías mitocondriales con alteración de función pancreática

##### C-1.2.- Defectos de la hidrólisis intravascular de triglicéridos de cadena larga y/o muy larga (Hiperlipoproteinemia I de Friedrickson):

- C-1.2.1.- Deficiencia de la lipoprotein-lipasa endotelial (LPL)
- C-1.2.2.- Deficiencia de APO C II

##### C-1.3.- Deficiencias de la $\beta$ -oxidación mitocondrial de los ácidos grasos de cadena larga y/o muy larga:

- C-1.3.1.- Defectos del transportador de la carnitina
- C-1.3.2.- Deficiencia de la carnitín-palmitoil-transferasa (CPT) I y II.
- C-1.3.3.- Deficiencia de la carnitín-acil-carnitín-translocasa
- C-1.3.4.- Deficiencia de la acil-CoA-deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena larga y/o muy larga
- C-1.3.5.- Deficiencia de la 3-hidroxi-acil-CoA-deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena larga y/o muy larga, incluyendo la deficiencia de la enzima trifuncional

#### C-2.- Trastornos del metabolismo de los ácidos grasos de cadena media y/o corta:

- C-2.1.- Deficiencia de la acil-CoA-deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena media
- C-2.2.- Deficiencia de la acil-CoA-deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena corta
- C-2.3.- Deficiencia de la 3-hidroxi-acil-deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena corta

#### C-3.- Trastornos del metabolismo de los ácidos grasos de cadena muy larga, larga, media y corta:

- C-3.1.- Deficiencia del complejo electrotransfer-flavo-proteína (ETFQoDH)
- C-3.2.- Deficiencia del complejo II de la cadena respiratoria mitocondrial
- C-3.3.- Aciduria glutárica tipo II, en la que se afecta la  $\beta$ -oxidación mitocondrial de cualquier ácido graso de diferentes longitudes de cadena (muy larga, larga, media y corta).

- C-4.- Defectos de la síntesis del colesterol: Síndrome de Smith-Lemli-Opitz

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

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

### 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.

C/ Pinares, 4, 1ª planta  
30001 MURCIA

TEL.: 968 365893  
FAX: 968 214392



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



**A N E X O I**

**4. Indicación:**

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

Revisiones (periodicidad prevista): Semestral  Trimestral  Mensual  Otra

Tipo de dieta:

- Fórmulas sin lactosa para lactantes
- Fórmulas sin lactosa ni galactosa para lactantes
- Fórmulas con/sin fructosa, sin glucosa ni galactosa, ni disacáridos y polisacáridos que las contengan
- Fórmulas exentas de proteínas
- Fórmulas exentas de fenilalanina
- Fórmulas exentas de metionina
- Fórmulas exentas de metionina, treonina y valina y bajo contenido en isoleucina
- Fórmulas exentas de isoleucina, metionina y valina
- Fórmulas exentas de isoleucina, metionina, treonina y valina
- Fórmulas exentas de isoleucina, leucina y valina
- Fórmulas exentas de leucina
- Fórmulas exentas de isoleucina
- Fórmulas exentas de lisina y bajo contenido en triptófano
- Fórmulas exentas de lisina
- Fórmulas exentas de fenilalanina y tirosina
- Fórmulas de aminoácidos esenciales
- Fórmulas exentas de lípidos
- Fórmulas con contenido graso en forma de triglicéridos de cadena media
- Módulos hidrocarbonados
- Módulos de triglicéridos de cadena media
- Módulos de proteína entera
- Módulos de péptidos
- Módulos de aminoácidos

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

Presentación \_\_\_\_\_ Pauta: Continua  Intermitente

Vía de acceso y método de administración: \_\_\_\_\_

Pauta terapéutica (gr/toma, tomas/día): \_\_\_\_\_

**5. Seguimiento:**

Fechas en que se han realizado las revisiones:

1ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 4ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

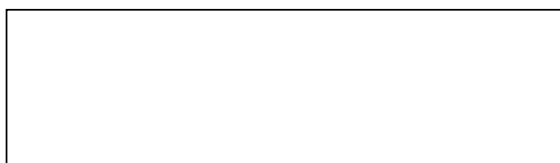
5ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 6ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 7ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8ª revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Modificaciones relevantes en el tratamiento: \_\_\_\_\_

Complicaciones del tratamiento: \_\_\_\_\_

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.

C/ Pinares, 4, 1ª planta  
30001 MURCIA

TEL.: 968 365893  
FAX: 968 214392



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social

A N E X O II



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

I. 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 \_\_\_\_\_ Nº 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 quística</p> <p><input type="checkbox"/> D.5. Fistulas 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.

C/ Pinares, 4, 1ª planta  
30001 MURCIA  
TEL.: 968 365893  
FAX: 968 214392



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



**A N E X O II**

Tipo de dieta:

<p><b>FÓRMULAS COMPLETAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Polimérica: <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Normoproteica: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hipocalórica</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Normocalórica</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hipercalórica</li> </ul> </li> <li>◆ Hiperproteica <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hipocalórica</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Normocalórica</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hipercalórica</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>➤ Oligomérica (peptídica): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <input type="checkbox"/> Normoproteica</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hiperproteica</li> </ul> </li> <li>➤ Monomérica (elemental) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <input type="checkbox"/> Normoproteica</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hiperproteica</li> </ul> </li> <li>➤ <input type="checkbox"/> Especial: Especificar.....</li> </ul>	<p><b>MÓDULOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <input type="checkbox"/> Hidrocarbonado</li> <li>➤ Lipídico <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <input type="checkbox"/> LCT (Triglicéridos de cadena larga )</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> MCT (Triglicéridos de cadena media)</li> </ul> </li> <li>➤ Proteico: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <input type="checkbox"/> Proteína entera</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Péptidos</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Aminoácidos</li> </ul> </li> <li>➤ Mixtos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hidrocarburos y lípidos</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> Hidrocarburos y protéicos</li> </ul> </li> <li>➤ <input type="checkbox"/> Espesante</li> </ul>
<p><b>PRODUCTOS PARA LA ALERGI A O INTOLERANCIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <input type="checkbox"/> Fórmulas con hidrolizados de proteínas lácteas sin lactosa para lactantes</li> <li>➤ <input type="checkbox"/> Fórmulas con hidrolizados de proteínas no lácteas sin lactosa para lactantes</li> <li>➤ <input type="checkbox"/> Fórmulas con proteína de soja sin lactosa para lactantes.</li> </ul>	

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

Presentación \_\_\_\_\_ Pauta: Continua  Intermitente

Vía de acceso y método de administración:

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

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.

C/ Pinares, 4, 1ª planta  
30001 MURCIA  
TEL.: 968 365893  
FAX: 968 214392



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



**INSTRUCCIÓN 4/2012 SOBRE PRESTACIÓN CON PRODUCTOS DIETÉTICOS EN EL  
ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

**MODELO A**

**RELACIÓN ACTUALIZADA DE MÉDICOS INTEGRANTES DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN**

GERENCIA DE \_\_\_\_\_

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	ESPECIALIDAD	CIAS	Nº colegiado

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

EL/LA GERENTE DE \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



**INSTRUCCIÓN 4/2012 SOBRE PRESTACIÓN CON PRODUCTOS DIETÉTICOS EN EL  
ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

**MODELO B**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FACULTATIVOS PARA INDICAR TRATAMIENTOS  
CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA/TRATAMIENTOS DIETOTERÁPICOS  
COMPLEJOS**

GERENCIA DE \_\_\_\_\_

Se solicita la autorización de la Dirección General de Asistencia Sanitaria a los siguientes médicos para indicar tratamientos con nutrición enteral domiciliaria y realizar la primera prescripción en receta médica a pacientes no hospitalizados del Área de Salud

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	SERVICIO/UNIDAD	CIAS	Nº colegiado

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

EL/LA GERENTE DE \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_

.....  
**Aprobación de autorización** \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

SÍ

NO

EL/LA DIRECTORA/A GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

Fdo: \_\_\_\_\_



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



**INSTRUCCIÓN 4/2012 SOBRE PRESTACIÓN CON PRODUCTOS DIETÉTICOS EN EL  
ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

**MODELO C**

**SOLICITUD DE APOYO DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN DE OTRA ÁREA DE SALUD PARA  
INDICAR TRATAMIENTOS CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA.**

GERENCIA DE \_\_\_\_\_

Se solicita el apoyo de la Unidad de Nutrición del Área de Salud (indicar con una "X")

I – MURCIA OESTE

II – CARTAGENA

VI – VEGA MEDIA DEL SEGURA

VII – MURCIA ESTE

para realizar la indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria y emisión de la primera  
receta para los pacientes de esta Área de Salud.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

EL GERENTE DE \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO

[esfarma-sms@carm.es](mailto:esfarma-sms@carm.es)

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

C/ Central, 7, 5ª planta  
Edificio Habitamia I

30100 ESPINARDO

TEL.: 968 288 116

FAX: 968 288 418

MODELO D

PRESTACIÓN PRODUCTOS DIETÉTICOS SMS

  Región de Murcia Consejería de Sanidad y Política Social	<b>Identificación del paciente:</b> <b>APELLIDOS:</b> <b>NOMBRE:</b> <b>FECHA NACIMIENTO:</b> <b>Nº.SS:</b> <b>TELEFONOS:</b> <b>DOMICILIO:</b> <b>POBLACIÓN:</b> <b>CÓDIGO POSTAL:</b> <b>CIP AUTONÓMICO:</b>
	<b>SEXO:</b>

<b>INFORME DE PROPUESTA DE SOPORTE NUTRICIONAL DOMICILIARIO</b>
Diagnóstico principal que justifica soporte nutricional: . Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tratamiento: . Insuficiencia Renal: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Urea: .Creatinina: ) Otros diagnósticos: Situación funcional: <input type="checkbox"/> Encamado/vida cama-sillón. <input type="checkbox"/> Dependiente tareas básicas. <input type="checkbox"/> Autosuficiente para tareas básicas.
Peso y Talla (si disponible): Kg. / cm. Pérdida peso (últimos 3 meses):
Capacidad de deglución: <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Purés <input type="checkbox"/> Normal Precisa espesante para líquidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nutrición enteral completa/suplemento: <input type="checkbox"/> Nutrición enteral como único aporte nutricional. <input type="checkbox"/> Nutrición enteral como complemento a la dieta. Indique la ingesta actual aproximada: <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Casi Nula <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% Vía de administración: <input type="checkbox"/> Vía oral <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica/entérica <input type="checkbox"/> Gastrostomía/enterostomía Necesidades proteicas: <input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Aumentadas. Motivo : El paciente precisa restricción de líquidos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Motivo:
Tipo de fórmula propuesta: Pauta:

Fecha:

Centro de Salud:

Facultativo:  
Nº Colegiado:

Fdo: Dr/Dra.: