

DATOS DE FILIACIÓN

Apellido/s y nombre/s: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

DNI - LE - LC: _____ CUIL/CUIT: _____

Número de afiliado/a: _____ Seccional: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono fijo: _____

Correo electrónico personal: _____

DATOS DEL NACIMIENTO

Edad gestacional: _____ semanas Peso al nacer: _____ kg Talla al nacer: _____ cm

DATOS ANTROPOMÉTRICOS ACTUALES

Peso actual: _____ kg Talla: _____ cm Percentiles: _____

DIAGNÓSTICO

Graves	Digestivos	Otros	
<input type="checkbox"/> Edema de Glotis	<input type="checkbox"/> Enteropatía perdedora de proteínas	<input type="checkbox"/> Laringitis	<input type="checkbox"/> Dermatitis atópica
<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Malabsorción	<input type="checkbox"/> Bronquitis Obstructiva Recurrente	<input type="checkbox"/> Eosinofilia
<input type="checkbox"/> Angioedema	<input type="checkbox"/> Diarrea crónica	<input type="checkbox"/> Hipoalbuminemia	<input type="checkbox"/> Anemia crónica
<input type="checkbox"/> Coloproctitis	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Retardo del crecimiento	

ESTUDIOS DIAGNÓSTICO

Dosaje IgE _____ / ____ / ____ Pruebas cutáneas patológicas _____ / ____ / ____

RAST leche _____ / ____ / ____

RAST lactoalbumina _____ / ____ / ____ Biopsia (fecha y resultado) _____ / ____ / ____

RAST caseína _____ / ____ / ____

RAST lactoglobulina _____ / ____ / ____

Prueba desafío patológica _____ / ____ / ____ Nueva prueba desafío patológica _____ / ____ / ____

TRATAMIENTOS PREVIOS

Ninguno Dieta de exclusión Soja

Hidrolizados extensos Hidrolizados parciales Aminoácidos

PRESCRIPCIÓN DE LECHE MEDICAMENTOSA

LECHE EN POLVO			AUDITORÍA MÉDICA	
Denominación	Presentación gr.	Consumo diario en ml.	Total de latas mensuales	Observaciones
AMINOMED	400	_____	_____	_____
KAS 1000	400	_____	_____	_____
NAN AR	400	_____	_____	_____
NAN SIN LACTOSA	400	_____	_____	_____
NEOCATE GOLD	400	_____	_____	_____
NUTRILON AR	400	_____	_____	_____
NUTRILON AR	800	_____	_____	_____
NUTRILON SIN LACTOSA	400	_____	_____	_____
NUTRILON SIN LACTOSA	800	_____	_____	_____
NUTRILON SOYA	400	_____	_____	_____

DATOS DEL MÉDICO/A TRATANTE

Apellido/s y nombre/s: _____

Matrícula Nacional: _____ Localidad: _____

Matrícula Provincial: _____ Provincia: _____

Teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

 Firma y sello médico/a tratante

 Firma del beneficiario/a-madre-padre-tutor/a