

SOLICITUD DE NUTRICIÓN PARENTERAL NEONATAL

Observe las unidades de cada componente de la nutrición.

Es imprescindible completar todos los datos de la solicitud.

Sticker del paciente o completar: Apellido y Nombre: HC:	Fecha:	Sala:
	Teléfono interno:	
	Peso:	Edad:
	Diagnóstico:	

Marque si corresponde:		
Vía		Insuficiencia intestinal/SIC:
Central	Periférica	Insuficiencia hepática:
		Insuficiencia renal:

Rp./

COMPONENTE	FÓRMULA 2:1 SIN lípidos en la bolsa	FÓRMULA 3:1 CON lípidos en la bolsa	UNIDADES
Volumen			mL/Kg/día
Flujo de glucosa			mg/Kg/min
Aminoácidos			g/Kg
Lípidos			g/Kg
Sodio			mEq/Kg
Potasio (Total) ¹			mEq/Kg Acetato: _____ mEq/Kg
Calcio	360 o	90	mg/L (máximo: 540)
Fósforo	279	70	mg/L
Magnesio	97 o	97	mg/L (máximo: 250)
Oligoelementos	Ver aclaración abajo ²		
Multivitamínico	Ver aclaración abajo ³		
Adicionales			
Ranitidina		INCOMPATIBLE	mg/Kg/día
Anemidox®			Ampolla

¹ Aclare a la derecha si requiere aporte de **Acetato de Potasio**.

² Contiene: cromo, cobre, flúor, hierro, iodo, manganeso, molibdeno, selenio y zinc.

³ Contiene Rivial Pediátrico®.

Cantidad de bolsas solicitadas:

MÉDICO SOLICITANTE: _____

FIRMA-SELLO-MATRÍCULA

El cálculo final del volumen de la parenteral contempla un exceso de la guía para su correcta administración.

Consultas: interno 6529 o interno 7260 de 8:30 a 15:30 hs.

Recepción de órdenes: puerta 7294, 1er piso de 8:30 a 10:30 hs de lunes a viernes.